



Työterveyslaitos | Arbetshälsöinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Sairauspoissaolojen kesto, uusiutuminen ja onnistunut työhön paluu

KUNTATYÖNTEKIJÖIDEN SEURANTATUTKIMUS

Johanna Kausto
Leena Kaila-Kangas
Päivi Leino-Arjas
Tuula Oksanen





Työterveyslaitos | Arbetshälsöinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Sairauspoissaolojen kesto, uusiutuminen ja onnistunut työhön paluu

KUNTATYÖNTEKIJÖIDEN SEURANTATUTKIMUS

Johanna Kausto, Leena Kaila-Kangas, Päivi Leino-Arjas, Tuula Oksanen

Työterveyslaitos
Helsinki



Työterveyslaitos
PL 40
00032 TYÖTERVEYSLAITOS
www.ttl.fi

© 2018 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Työsuojelurahaston tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN [978-952-261-779-8] (nid.)
ISBN [978-952-261-778-1] (PDF)

Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2018

TIIVISTELMÄ

Lääkärin kirjoittama todistus sairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä tarvitaan viimeistään, kun työkyvyttömyys on jatkunut noin kaksi viikkoa. Pitkittyvistä tai toistuvista sairauspoissaaloista koituvat yhteiskunnalliset kustannukset ovat suuret. Monet lääkärit kokevat sairauspoissaolotarpeen ja työkyvyttömyyden keston arvioinnin vaikeaksi ja sairauspoissaolojen kirjoittamiseen liittyvät käytännöt vaihtelevat lääkäreiden kesken huomattavasti. Suomessa on pohdittu joidenkin muiden maiden esimerkkiä seuraten kansallista ohjeistusta, joka yhtenäistäisi näitä käytäntöjä. Ohjeistuksen tulisi ideaalitapauksessa perustua tutkimusnäyttöön ns. evidence-based practice-ajattelun mukaisesti. Tutkimukseen perustuva tieto sairauspoissaolojen sopivasta kestosta eri sairauksissa on kuitenkin puutteellista.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairauspoissaolojen kestosta, uusiutumisesta ja onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneesta ajasta sairauspoissaolojen kannalta keskeisissä sairausryhmissä kuntatyöntekijöillä. Sairauspoissaolojen uusiutumisella tarkoitetaan uutta sairauspoissaolojaksoa samalla diagnoosilla vuosina 2005–2011. Onnistunut työhön paluu määriteltiin sairausvakuutuslain kanssa yhtenevästi niin, että tutkitavan sairauspoissaolo oli päättynyt ilman uutta poissaoloa saman syyn vuoksi 30 päivän aikana.

Tutkimuksessa keskityttiin sairauspoissaoloihin, joissa työkyvyttömyyden syynä oli selkäsärky (ICD-10 M54), selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51), polven nivelrikko (ICD-10 M17), lonkan nivelrikko (ICD-10 M16), masennus (ICD-10 F32–34) sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43). Lisäksi selvitettiin rannekanavaoireyhtymän (ICD-10 G56) vuoksi leikattujen kuntatyöntekijöiden työhön paluuta. Tutkittavat olivat Työterveyslaitoksen seurantatutkimukseen osallistuneita, v. 2005 kuntasektorilla työssä olleita henkilöitä (n=123 506). Analyysiin otettiin mukaan tutkittavat, joilla oli v. 2005–2011 vähintään yksi yli 10 arkipäivää kestänyt sairauspoissaolojakso tai rannekanavaleikkaushoitojakso (n=35 120). Tutkimuksessa hyödynnettiin sekä kyselytietoja että kansallisia rekisteritietoja.

Selkäsäryn vuoksi yli 10 arkipäivää kestäneet sairauspoissaolot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen keskimäärin kolmessa viikossa (mediaani 22 päivää). Selän nikamavälilevyjen sairauksissa aikaa kului keskimäärin kuusi viikkoa. Selkäsärystä johtuvista sairauspoissaaloista 14 % uusiutui vähintään kerran saman syyn vuoksi vuoden aikana. Vastaava osuus oli 12 % selän nikamavälilevyjen sairauksiin liittyvistä sairauspoissaolojaksoista. Yli 45-vuotiailla ja fyysisesti kuormittavaa työtä tekevilla selkäsärkyyn liittyvät sairauspoissaolot uusiutuivat muita useammin.



Polven ja lonkan nivelrikossa sairauspoissaolot olivat pitkiä ja etenkin fyysisesti kuormittavissa ammateissa sairauspoissaolot uusiutuivat usein. Polven nivelrikon vuoksi yli 10 päivää kestäneet sairauspoissaolot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen keskimäärin kuukauden kuluessa. Lonkan nivelrikossa vastaava aika oli runsaat 2,5 kuukautta. Polven nivelrikossa 18 % ja lonkan nivelrikossa 16 % yli 10 päivää kestäneistä sairauspoissaoloista uusiutui vuoden kuluessa.

Rannekanavaleikkauksen jälkeen onnistuneeseen työhön paluuseen kului aikaa keskimäärin viisi viikkoa. Aika oli pisin palvelu- ja hoitotyössä sekä fyysisesti kuormittavassa työssä.

Masennuksen vuoksi yli 10 päivää kestäneet sairauspoissaolot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen keskimäärin kuudessa viikossa. Naiset palasivat työhön hieman miehiä nopeammin. Neuroottisissa ja stressiin liittyvissä häiriöissä vastaava aika oli keskimäärin 3,5 viikkoa. Näissä sairausryhmissä sairauspoissaolo uusiutui vuoden aikana saman syyn vuoksi 17 %:ssa ja 10 %:ssa poissaolojaksoista. Alle 35-vuotiailla sekä johtajilla ja erityisasiantuntijoilla masennukseen liittyvä sairauspoissaolo uusiutui hieman harvemmin kuin muilla. Nuorilla myös neuroottisuuteen ja stressiin liittyvät sairauspoissaolot uusiutuivat pidemmällä tarkasteluvälillä iäkkäämpiä harvemmin.

Kun tämän tutkimuksen tuloksia verrattiin Käypä hoito -suositusten sairauspoissaolojen kestoja koskeviin ohjeistuksiin ja Ruotsissa käytössä oleviin sairauskohtaisiin suosituksiin, havaittiin, että tulokset olivat pääpiirteittäin yhdenmukaisia lääketieteellisten asiantuntijoiden arvioihin perustuvien ohjeistuksien kanssa.

ABSTRACT

Long sickness absences pose a considerable burden to the labour market and social welfare system. Health insurance compensates for loss of income when an illness leads to acute work incapacity. In addition to enabling rest and recovery, repetitive and prolonged sickness absence may have adverse consequences for the worker, such as an increased risk of permanent work disability, unemployment and social exclusion.

Assessing the need for and the length of sickness absence can be difficult for physicians and the practices of prescribing sick leave vary a lot between practitioners. To unify these practices, a national guideline has been under consideration. In an optimal case, these guidelines would be evidence-based. However, scientific evidence on the duration of sickness absence in relation to sustained return to work is insufficient.

The aim of this study was to investigate the length of sickness absence and sustained return to work and the recurrence of sickness absence among municipal workers in Finland. A recurrent period of sickness absence was defined as a new medically certified and compensated period of sickness absence (same cause) in 2005–2011. Following regulations of the Finnish National Health Insurance, sustained return to work was defined as the end of the sickness benefit period that was not followed by a recurrent sickness absence period for the same diagnosis in 30 days.

We focused on sickness absence caused by back pain (ICD-10 M54), intervertebral disc disorders (CD-10 M51), knee osteoarthritis (ICD-10 M17), hip osteoarthritis (ICD-10 M16), depression (ICD-10 F32–34) and anxiety disorders (ICD-10 F40–43). In addition, we examined time to sustained return to work after surgical treatment of carpal tunnel syndrome (ICD-10 G56).

Participants were municipal employees who had participated in the Finnish Public Sector Study and were working in year 2005 (n=123 506). Those who had at least one sickness absence spell or a period of surgical treatment of carpal tunnel syndrome in years 2005–2011 (n=35120) were included in the analyses. We utilized both survey- and register-based data.

For back pain, the median time to sustained return to work was three weeks. In intervertebral disc disorders the respective time was six weeks. In 14% and 12% of sickness absence spells in back pain and intervertebral disc disorders, respectively, there was at least one recurrent sickness absence spell (same cause) during the first year. Those over 45 years of age and those in physically straining work with back pain had higher recurrence rate of sickness absence. In knee and hip osteoarthritis, sickness



absence spells were long and especially in physically strenuous work, recurrences were rather common. The median time to sustained return to work was one month in knee osteoarthritis and more than 2.5 months in hip osteoarthritis. There was at least one recurrent episode during the first year of the follow-up in 18 % and 16% of sickness absence spells in knee and hip osteoarthritis, respectively.

After surgical treatment of carpal tunnel syndrome, median time to sustained return to work was around five weeks. In physically strenuous work, this time was somewhat longer.

In depression and in anxiety disorders, the median time to sustained return to work was six weeks and 3.5 weeks, respectively. In 17 % and 10 % of sickness absence spells in these diagnostic groups, there was at least one recurrent sickness absence during the first year. In those under 35 years of age and in managers and professionals, incidence of recurrent spells in depression was lower than among others. In anxiety disorders, there were fewer recurrences among younger than older employees during the whole follow-up period.

The results of this study concerning the length of sickness absence in different diagnostic categories were in line with The Current Care Guidelines in Finland and the Swedish guidelines, which are based on expert consensus.

SISÄLLYS

1 Johdanto	11
1.1 Tutkimuksen tausta	11
1.2 Tutkimuksen tavoite.....	13
2 Aineisto ja menetelmät	14
2.1 Tutkimusaineisto	14
2.1.1 Tutkittavat	14
2.1.2 Kysely- ja rekisteritiedot.....	14
2.1.3 Sairauspoissaolojen uusiutuminen ja onnistunut työhön paluu.....	15
2.1.4 Muut rekisteritiedot.....	15
2.1.5 Kyselytiedot.....	16
2.2 Tilastolliset analyysit	17
3 Tulokset.....	19
3.1 Tutkittavat kuntatyöntekijät.....	19
3.2 Sairauspoissaolojen kesto ja uusiutuminen.....	22
3.2.1 Selkäsärky ja selän nikamavälilevyjen sairaudet.....	22
3.2.2 Polven nivelrikko ja lonkan nivelrikko	27
3.2.3 Masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt	33
3.3 Onnistunut työhön paluu	38
3.3.1 Selkäsärky ja selän nikamavälilevyjen sairaudet.....	38
3.3.2 Rannekanavaoireyhtymä	40
3.3.3 Polven nivelrikko ja lonkan nivelrikko	42
3.3.4 Masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt	43
4 Pohdinta.....	46
4.1 Tulosten tarkastelua.....	46
4.1.1 Selkäsärky ja selän nikamavälilevyjen sairaudet.....	46
4.1.2 Polven nivelrikko ja lonkan nivelrikko	47
4.1.3 Masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt	48
4.1.4 Rannekanavaoireyhtymä	49
4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	48



4.3 Yhteenveto ja johtopäätökset.....	51
5 Taulukot	53
6 Kuvat	55
Lähteet.....	56

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Pitkittyvistä tai toistuvista sairauspoissaaloista koituvat kustannukset yhteiskunnalle ovat suuret. Pitkittyvät sairauspoissaolot ennustavat työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ja kuolleisuutta (Gjesdal ym. 2004; Kivimäki ym. 2004; Vahtera ym. 2004; Kivimäki ym. 2008; Lund ym. 2008; Alexanderson ym. 2012). Pitkät sairauspoissaolot ovat tutkimuksissa olleet yhteydessä myös työttömyyteen, taloudellisiin vaikeuksiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen (Backhans ym. 2005; Bryngelson 2009; Wikman ym. 2012). Alaselän ja muissa tuki- ja liikuntaelinten kiputiloissa aktiivisena pysyminen ja sopiva kuormitus näyttävät edistävän toipumista (van Tulder ym. 2006). Oikea-aikainen työhön paluu vähentääkin sairauserusteisten etuuksien käytön aiheuttamia kustannuksia ja voi myös ehkäistä pysyvää työkyvyttömyyttä.

Sairauspoissaolojen uusiutumista silloin, kun lääkäri on todennut työkyvyttömyyden, on selvitetty suhteellisen vähän (Shiels ym. 2016). On havaittu, että mielenterveyden häiriöissä sairauspoissaolot uusiutuivat noin 20–30 %:lla tutkittavista. Uusiutuminen on ollut yleistä myös tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, etenkin selkävaivoissa (Shiels ym. 2016; Roelen ym. 2010; Koopmans ym. 2011; Hubertsson ym. 2014). Sairauspoissaolojen kestosta ja keston yhteydestä työhön paluun onnistumiseen ei tiedetä paljoa. Lisäksi työhön paluuseen liittyvissä tutkimuksissa tuloksia on tarkasteltu harvoin sukupuolen mukaan jaoteltuna. Onnistunut työhön paluu on määritelty eri maista peräisin olevissa tutkimuksissa eri tavoin. Suuri osa näistä tutkimuksista on kuitenkin Alankomaista (Hees ym. 2013; Volker ym. 2015; Roelen ym. 2012; Anema ym. 2007; Lambeek ym. 2010). Tutkittavat ovat usein jo lähtötilanteessa olleet sairauden vuoksi pitkään poissa töistä, jolloin sairauspoissaolon kulkua ei ole seurattu poissaolon alusta lähtien.

Kun Ruotsissa, Norjassa ja Isossa-Britanniassa on tutkittu lääkäreiden kokemuksia sairauspoissaolojen kirjoittamisesta, on huomattu, että etenkin perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit ja yleislääkärit kokevat tehtävän usein vaikeaksi. Ruotsalaiseen kyselytutkimukseen (Engblom ym. 2011) vastanneista 2516 yleislääkäristä 80 % oli sitä mieltä, että potilaan työ- ja toimintakyvyn aleneman tai jäljellä olevan työkyvyn arvioiminen oli melko tai hyvin vaikeaa. Vastaaajista 67 % piti sairauspoissaolon



keston ja laajuuden arviointia haasteellisena. Suomalaisille lääkäreille kohdistetussa kyselyssä (Hinkka ym. 2016) 27 % vastaajista piti toimintakyvyn heikentymisen arviointia ja 35 % sairauspoissaolon keston arviointia ongelmallisena. Ruotsissa ja Norjassa on saatu tuloksia (Arrelöv ym. 2005; Englund & Svärdsudd 2000; Brage & Reiso 1999), joiden mukaan sairauspoissaolojen kirjoittamiskäytännöt vaihtelivat selvästi lääkäreiden kesken. Kankaanpää selvitti (2014), miten paljon lääkäreiden sairauspoissaolojen kirjoittamisen käytännöt vaihtelevat Suomessa. Tutkimukseen osallistui 1991 eri erityisalojen lääkäriä, joille annettiin arvioitavaksi kuvitteellisia potilastapauksia. Sairauspoissaolopäivien lukumääriä verrattaessa havaittiin, että ero ääripäiden välillä oli yleislääkäri- ja kirurgiaiaineistossa melkein nelinkertainen ja työterveyslääkäriaineistossa kahdeksankertainen. Työterveyslääkärit ja suurissa kunnissa työskentelevät lääkärit kirjoittivat muita lääkäreitä vähemmän sairauslomia.

Joissakin maissa on otettu käyttöön sekä yleisiä että sairauskohtaisia ohjeita sairauspoissaolojen kestosta ja laajuudesta (de Boer ym. 2016). Nämä ohjeistukset perustuvat lähinnä asiantuntijoiden arvioihin ja tutkimustietoa aiheesta ei juurikaan ole. Ruotsin sosiaalivaltio julkaisi v. 2007 kansallisen ohjeistuksen sairauspoissaolojen kirjoittamiseen liittyviä käytäntöjä yhtenäistääkseen ja hoidon laatua parantaakseen. Ohjeistus koskee yli 90 diagnoosia, joiden perusteella sairauspäivärahaa on yleisimmin Ruotsissa myönnetty. Suositukset ovat Ruotsin lääkäriiliiton erikoislääkäriyhdistysten ja Ruotsin lääkäriseuran jaostojen osoittamien lääketieteellisten asiantuntijoiden laatimia. Suomessakin on pohdittu ohjeistuksen käyttöönottoa. Kyselytutkimuksen (Hinkka ym. 2016) mukaan suomalaiset lääkärit toivoivat (erikoistumisalasta tai toimipaikasta riippumatta) ohjeistusta työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen kestoon arviointiin. Ohjeistusta pohtinut asiantuntijatyöryhmä katsoi, että lääkäreille on mahdollista laatia ohjeistus sairauspoissaolotarpeen ja sairauspoissaolon keston arvioimiseksi ainakin keskeisimpiä sairauksia koskien. Työryhmä ei kuitenkaan ollut yksimielinen siitä, tarvitaanko sairaus- tai diagnoosikohtaisia suosituksia (Oksanen ja työryhmä, 2016).

On tuotu esiin (de Boer ym. 2016) että sairauspoissaolojen tarvetta ja kestoa koskevan ohjeistuksen olisi syytä perustua tutkimustietoon. Haasteena on se, että sairauspoissaolojen kestoa ja keston yhteyttä onnistuneeseen työhön paluuseen on tutkittu vain vähän. Olemassa olevat tutkimukset ovat lisäksi keskenään niin heterogeenisiä, että tulosten yhteenvedo on vaikeaa. Pyrimme käsillä olevassa tutkimuskokonaisuudessa vastaamaan joihinkin aihepiiriin avoimiin kysymyksiin ja siten täyttämään tiedon tarvetta suomalaisen työelämän näkökulmasta.

Tässä raportissa kuvataan diagnoosiryhmittäin yli 10 päivää kestäneiden sairauspoissaolojen kestoa, uusiutumista ja sairauspoissaolon keston yhteyttä työhön paluun

onnistumiseen. Diagnoosiryhmiksi valittiin sairauspoissaolojen kannalta tärkeitä tu-
ki- ja liikuntaelin- (TULE-) sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden sairaus-
ryhmistä sellaisia keskeisiä sairauksia, jotka olivat useimmin työkyvyttömyyden syinä.
Tällaisia olivat esimerkiksi selkäsärky ja masennus.

1.2 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen päätavoite oli kuvata sairauspoissaolojen kestoja, uusiutumista ja onnis-
tuneeseen työhön paluuseen kulunutta aikaa seuraavissa sairausryhmissä: Selkäsär-
ky (ICD-10 M54), muut selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (myöhemmin
selän nikamavälilevyjen sairaudet), polven nivelrikko (ICD-10 M17), lonkan nivelrikko
(ICD-10 M16), masennus (ICD-10 F32–34) sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häi-
riöt (ICD-10 F40–43). Lisäksi selvitettiin rannekanavaoireyhtymän (ICD-10 G56) vuok-
si leikattujen työhön paluuta.

Sairauden (sairausryhmän) ja työhön liittyvän fyysisen kuormituksen (ammatin) lisäk-
si mm. työntekijän ikä, aikaisempi sairastavuus, monisairastavuus ja useat työhön ja
työympäristöön liittyvät tekijät voivat vaikuttaa keskeisesti onnistuneeseen työhön
paluuseen kuluvaan aikaan. Näiden tekijöiden merkitystä selvitettiin analyyseissa.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Tutkimusaineisto

2.1.1 Tutkittavat

Tutkittavat olivat kuntatyöntekijöitä. Kunta-ala on merkittävä toimiala ja työllistäjä; kunnissa työskentelee tällä hetkellä yli neljä sataa tuhatta suomalaista (www.kunnat.net). Tutkimusaineisto on kerätty Työterveyslaitoksen Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimuksessa (Kivimäki ym. 2009), joka on käynnistynyt vuosina 1997–1998. Kysessä on laaja kunta-alan henkilöstön työelämän ja terveyden muutoksia selvittävä seurantatutkimus, joka kattaa lähes 30 % kunta-alan henkilöstöstä. Tähän tutkimukseen valittiin seurantatutkimuskohorttiin kuuluneet vähintään puoli vuotta tutkimusorganisaatiossa v. 1991–2005 työskennelleet 151 901 kuntatyöntekijää. Tarkastellut kunnat olivat Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Oulu, Raisio, Naantali, Nokia, Valkeakoski ja Virrat. Lisäksi tutkittiin Kanta-Hämeen, Varsinais-Suomen, Vaasan, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sekä Jorvin sairaalan kokoaikaista henkilöstöä. Heistä tähän tutkimukseen poimittiin 123 506 henkilöä, jotka olivat työelämässä 1.1.2005.

2.1.2 Kysely- ja rekisteritiedot

Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimuksessa kerätään säännöllisesti tietoa laajalla työhyvinvointikyselyllä. Kyselytietojen lisäksi käytettävissä on kattavat rekisteritiedot sekä työnantajien että kansallisista rekistereistä. Tiedot tutkittavien sosiodemografisista taustatekijöistä saadaan työnantajien rekistereistä. Sairausvakuutusrekisteristä poimitaan tiedot tutkittavien sairauspäiväraha-kausista ja niihin liittyvistä diagnooseista. Lääkekorvausrekisteristä saadaan tiedot korvatuista lääketoista ja sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmästä (HILMO) tiedot sairaalahoitojaksoista (päivämäärä-, diagnoosi- ja toimenpidetiedot) sekä tiedot palvelualasta, palveluntuottajasta ja erikoisalasta. Kelan erityiskorvausoikeusrekisteristä saadaan tiedot voimassa olevista erityiskorvausoikeuksista.

Tutkittavien kyselytiedot vuosilta 2004–2010 yhdistettiin eri rekistereistä saatuihin tietoihin henkilötunnisteen perusteella. Analysoitua otosta käsiteltiin koodatussa, ei-henkilötunnistettavassa muodossa. Aineisto on arkistoitu sähköisessä muodossa

Työterveyslaitoksen tutkimusarkistoon.

2.1.3 Sairauspoissaolojen uusiutuminen ja onnistunut työhön paluu

Sairauspoissaolojen uusiutumista tarkasteltaessa vastemuuttujana oli uusi sairauspoissaolojakso samalla diagnoosilla vuosina 2005–2011.

Työhön paluuta kuvaava vastemuuttuja oli onnistunut työhön paluu. Onnistunut työhön paluu määriteltiin sairausvakuutuslain kanssa yhtenevästi niin, että tutkittavan sairauspoissaolo oli päättynyt ilman uutta poissaoloa saman syyn vuoksi 30 päivän aikana.

2.1.4 Muut rekisteritiedot

Sosiodemografiset taustatekijät

Tutkittavien sosiodemografisista taustatiedoista analyyseissa olivat mukana ikä (sairauspoissaolojakson tai leikkaushoitajakson alussa), sukupuoli ja ammatti (v. 2004 tai viimeisimmän edeltäneen julkisen sektorin työsuhteen aikana; ISCO-ammattiluokitus). Ammatti luokiteltiin seuraavasti: Johtajat ja erityisasiantuntijat (ISCO 1–2), asiantuntijat sekä toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät (ISCO 3–4), palvelu- ja hoitotyöntekijät (ISCO 5) sekä rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät sekä muut työntekijät (ISCO 6–9). Kun viittaamme fyysisesti kuormittavaan työhön, tarkoitamme etenkin viimeksi mainittua ryhmää. Työpaikan alueellista sijaintia kuvaava muuttuja luokiteltiin kolmeen luokkaan: Etelä-, Keski- ja Pohjois-Suomi.

Sairauden pysyvyys

Sairauden pysyvyyttä kuvaavia muuttujia olivat: Sairauspoissaolot (ICD-10 F-, M-, M16-, ja M17- diagnoosien tai muiden syiden vuoksi) sairauspoissaolojaksoa edeltäneen vuoden aikana (ei/kyllä), välittömästi rannekanavaleikkaushoitajaksoa edeltäneen rannekanavaoireyhtymään liittyneen sairauspoissaolon kesto (0, 1–30, 31–60, 61–90 ja yli 90 päivää), korvatut TULES-lääkeostot (ATC) (tulehduskipu- ja reumalääkkeet (M01), lihasrelaksantit (M03), analgeetit (N02)) tai sairaalahoitojaksot (M-diagnoosit) (ei/kyllä), korvatut masennuslääkeostot (N06A) tai sairaalahoitojaksot (F-diagnoosit) (ei/kyllä) edeltäneen vuoden ajalta (ei/kyllä) tai ajalta 30 päivää ennen - 7 päivää jälkeen sairauspoissaolojaksoa tai leikkaushoitajaksoa.

Sairauksien yhteisesiintyvyys

Sairauksien yhteisesiintyvyyttä (komorbiditeettia) mitattiin sairauspoissaolajakson tai leikkaushoitajakson alussa voimassa olleilla lääkkeiden erityiskorvausoikeuksilla, jotka koskivat diabeteksen, nivelreuman, astman, keuhkohtaumataudin tai sepelvaltimotaudin hoitoa (ei/kyllä).

Sairaalahoitoon liittyvät tekijät

Rannekanavaoireyhtymän leikkaushoitoon liittyen tarkasteltiin seuraavia muuttujia: Palveluala (1=Sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosasto, 2=päiväkirurgia), palveluntuottaja (yliopistolliset keskussairaalat, muut julkiset, yksityiset) sekä erikoisala (käsikirurgia, ortopedia, kirurgia, muut).

2.1.5 Kyselytiedot

Kyselytietoja hyödynnettiin rannekanavaoireyhtymän leikkaushoitoa koskevassa analyysissä. Kyselytiedot poimittiin kutakin leikkaushoitajaksoa lähimmästä edeltäneestä kyselystä.

Työn vaatimuksia mitattiin viisi-osioisella summa-asteikolla (Karasek ym. 1998): Minun on oltava nopea työssäni, työni vaatii erittäin kovaa työntekoa, minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää, minulla on tarpeeksi aikaa saada työni tehdyksi ja työni on erittäin kiivastahtista. Vastausvaihtoehdot viisiportaisella asteikolla olivat: 1=täysin samaa mieltä – 5=täysin eri mieltä.

Työn hallintaa selvitettiin yhdeksän-osioisella summa-asteikolla (Karasek ym. 1998): Voin tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssäni, työni edellyttää minulta luovuutta, työni vaatii, että opin uusia asioita, työhöni kuuluu paljon samanlaisina toistuvia tehtäviä, minulla on paljon omiin töihini liittyvää sananvaltaa, työni vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja, työssäni saan tehdä paljon erilaisia asioita, minulla on mahdollisuus kehittää minulle ominaisia erityiskykyjäni ja minulla on hyvin vähän vapautta päättää, miten teen työni. Vastausvaihtoehdot viisiportaisella asteikolla olivat: 1=täysin samaa mieltä – 5=täysin eri mieltä.

Työn epävarmuudesta kysyttiin seuraavasti (Kivimäki ym. 2000): Liittyykö työhösi seuraavia epävarmuustekijöitä: Jonkun/joidenkin töiden lakkautuksen uhka, vastentahtoinen siirto toisiin tehtäviin, pakkolomautuksen uhka, irtisanomisen uhka, työmäärien lisääntyminen yli sietokyvyn tai pitkäaikaisen työttömyyden uhka? Vastausvaihtoehdot viisiportaisella asteikolla olivat: 1=erittäin paljon – 5=erittäin vähän.

Osioista muodostettiin summamuuttuja.

Työsuhteen luonnetta kysyttäessä vastausvaihtoehdot olivat: Vakituinen, määräaikainen ja muu (mm. harjoittelija, työllistetty).

Kyselyistä saatiin lisäksi tieto *koetusta terveydestä*: (Millainen on terveydentilasi? Vastausvaihtoehdot: 1=hyvä, 2=melko hyvä, 3=keskitasoinen, 4=melko huono, 5=huono) ja *koetusta työkyvystä* (Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi? Vastausvaihtoehdot: 0=ei pysty ollenkaan työhön – 10=työkyky on paras mahdollinen (Tuomi ym. 1997).

Kyselyistä saatiin tieto tutkittavien pituudesta ja painosta, joista laskettiin *painoindeksi* (BMI).

2.2 Tilastolliset analyysit

Analyyseissa selvitettiin aluksi sairauspoissaolojen vakioimatonta keskimääräistä kestoja ja uusiutumista. Sairauspoissaolojen uusiutumista samalla diagnoosilla tarkasteltiin sekä sairauspoissaolojaksoja seuranneen lähimmän vuoden aikana että koko tarkasteluvälillä vuosina 2005–2011.

Tutkittavien tekijöiden yhteisvaihtelua selvitettiin korrelaatioiden, ristiintaulukoiden, keskiarvotaulukoiden ja GLM-analyysin avulla. Elinaikamalleissa tarkasteltiin kalenteriaikaa, joka kului, kunnes sairauspoissaolo päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen. Näissä analyyseissa havaintoyksikkönä oli sairauspoissaolo- tai leikkaushoitojakso. Sairauspoissaolojaksot luettiin alkaneeksi ensimmäisestä sairauspoissaolopäivästä (ns. omavastuuajan alusta) viimeiseen korvattuun sairauspäivärahapäivään. Mikäli sairauspoissaolo uusiutui saman syyn vuoksi 30 päivän sisällä, jaksot luettiin samaksi poissaoloksi. Kaplan-Meier käyrän avulla kuvattiin onnistuneen työhön paluun todennäköisyyden vakioimatonta kumulatiivista kertymää. Coxin regressioanalyysillä (klusterioptiolla) laskettiin onnistuneeseen työhön paluuseen kulunut aika. Elinaikamalleissa tarkasteltiin myös eri tekijöiden yhteyttä onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan. Analyyseihin otettiin mukaan tutkittavien sosiodemografiset taustatekijät (ikä, sukupuoli, ammatti ja työpaikan alueellinen sijainti), sairauden pysyvyyttä kuvaavat tekijät, sairauksien yhteisesiintyvyys sekä rannekanavaoireyhtymän leikkaushoitoa koskevassa analyysissä lisäksi sairaalahoitoon liittyvät tekijät ja työhön sekä työyhteisöön liittyvät tekijät (tarkemmin s.16). Havaintojen oikealta sensuroinnin perusteina olivat työkyvyttömyyseläke, vanhuuseläke ja seuranta-ajan päättyminen 31.12.2011. Analyyseissa huomi-



oitiin, että sairauspoissaolojaksot eivät olleet toisistaan riippumattomia. Kaikissa analyyseissa käytettiin SAS-tilasto-ohjelmistoa versio 9.4 (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA).

3 TULOKSET

Tässä luvussa esitetään tutkittavien taustatietoja sukupuolen ja diagnoosiryhmän mukaan. Sen jälkeen tarkastellaan sairauspoissaolojen keskimääräistä kestoja ja uusiutumista, onnistuneeseen työhön paluuseen kulunutta aikaa ja siihen yhteydessä olleita tekijöitä. Tulokset esitetään sairausryhmän mukaan.

3.1 Tutkittavat kuntatyöntekijät

Taulukossa 1 on esitetty tutkittavien taustatekijöiden jakaumat sukupuolen mukaan sekä kaikkien otoksessa olleiden kuntatyöntekijöiden joukossa (n=123 506) että niiden analyyseissa mukana olevien tutkittavien joukossa, joilla oli vähintään yksi sairauspoissaolojakso tai rannekanavaleikkaushoitojakso seuranta-aikana (n= 35 120). Rannekanavaoireyhtymän vuoksi leikattujen potilaiden tietoja ei ole esitetty sukupuolen mukaan miesten vähäisen lukumäärän vuoksi.

Kaikista tutkittavista kuntatyöntekijöistä 76 % (n=93 509) oli naisia. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olleiden joukossa naisten osuus oli hieman suurempi kuin muissa ryhmissä. Kaikkien tutkittavien joukossa naisten keski-ikä oli 42,7 vuotta (Kh 10,3 vuotta) ja miesten keski-ikä 43,1 vuotta (Kh 10,2 vuotta). Sairauslomalla olleet olivat keskimäärin hieman vanhempia.

Polven tai lonkan nivelrikon vuoksi sairauslomalla olleet sekä rannekanavaoireyhtymän vuoksi leikatut olivat iältään hieman vanhempia kuin tutkittavat muissa diagnoosiryhmissä. Masennuksen tai neuroottisten ja stressiin liittyvien häiriöiden vuoksi sairauslomalla olleiden joukossa oli puolestaan yli 56-vuotiaita vähemmän kuin muissa sairausryhmissä.

Selkäsäryn ja polven nivelrikon vuoksi sairauslomalla olleiden joukossa oli fyysisesti kuormittavissa ammateissa toimivien osuus hieman suurempi kuin muissa ryhmissä.

Alueellisissa jakaumissa ei ollut merkittäviä eroja ryhmien välillä. Pohjois-Suomessa asuvien osuus hieman suurempi selän nikamavälilevyjen sairauksien vuoksi sairauslomalla olleiden ryhmässä kuin muissa ryhmissä.



Taulukko 1. Tutkittavien taustatietoja diagnoosiryhmän ja sukupuolen mukaan n (%).

Diagnoosi (ICD-10)	Kaikki tutkittavat kuntatyöntekijät		Selkäsärky (ICD-10 M54)		Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51)		Polven nivelrikko (ICD-10 M17)	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Yhteensä n	29997	93509	1773	7700	642	1978	545	1846
Ikä (v)								
18–35	8069 (27)	26133 (28)	233 (13)	1566 (20)	101 (16)	206 (11)	9 (2)	30 (2)
36–45	9284 (31)	28296 (30)	557 (31)	2073 (27)	189 (29)	560 (28)	100 (18)	230 (12)
46–55	8352 (28)	26907 (29)	630 (36)	2556 (33)	210 (33)	773 (39)	227 (42)	755 (41)
56–	4292 (14)	12173 (13)	353 (20)	1505 (20)	142 (22)	439 (22)	209 (38)	831 (45)
Keski-ikä (Kh)	43,1 (10,2)	42,7 (10,3)	46,7 (9,0)	45,5 (10,1)	46,7 (9,3)	47,7 (8,8)	52,1 (7,4)	53,3 (6,9)
Ammattiryhmät								
Johtajat, erityisasiantuntijat	11236 (38)	26989 (29)	254 (15)	901 (12)	136 (21)	303 (15)	105 (19)	273 (15)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	6135 (20)	31050 (33)	305 (17)	2323 (30)	125 (19)	689 (35)	92 (17)	501 (27)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	3184 (11)	22911 (25)	288 (16)	2821 (37)	113 (18)	613 (31)	90 (17)	585 (32)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	9375 (31)	12527 (13)	921 (52)	1654 (21)	267 (42)	372 (19)	258 (47)	487 (26)
Alue								
Etelä-Suomi	15672 (52)	51261 (55)	813 (46)	3903 (51)	276 (43)	923 (47)	266 (49)	951 (51)
Keski-Suomi	8893 (30)	27784 (30)	643 (36)	2670 (35)	175 (27)	572 (29)	168 (31)	607 (33)
Pohjois-Suomi	5432 (18)	14464 (16)	317 (18)	1127 (14)	191 (30)	483 (24)	111 (20)	288 (16)
Yhteensä (%)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)



Taulukko 1. Tutkittavien taustatietoja diagnoosiryhmän ja sukupuolen mukaan n (%) (jatkuu).

	Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16)		Masennus (ICD-10 F32–34)		Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43)		Rannekanava- oireyhtymä (ICD-10 G56)
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki
Yhteensä n	196	552	1628	8392	1231	8067	570
Ikä (v)							
18–35	5 (3)	12 (2)	224 (14)	1265 (15)	225 (18)	1226 (15)	21 (4)
36–45	17 (9)	58 (11)	537 (33)	2663 (32)	423 (34)	2714 (34)	121 (21)
46–55	81 (41)	199 (36)	571 (35)	2984 (35)	417 (34)	2833 (35)	241 (42)
56–	93 (47)	283 (51)	296 (18)	1480 (18)	166 (14)	1294 (16)	187 (33)
Keski-ikä (Kh)	53,8 (7,3)	54,0 (7,1)	46,2 (9,0)	46,0 (9,1)	44,7 (9,1)	45,6 (9,0)	51,1 (7,8)
Ammattiryhmät							
Johtajat, erityisasiantuntijat	64 (33)	124 (23)	497 (31)	1934 (23)	397 (32)	1945 (24)	95 (17)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	40 (21)	168 (30)	381 (23)	2828 (34)	306 (25)	2928 (36)	153 (27)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	20 (10)	153 (28)	237 (15)	2376 (28)	195 (16)	2212 (28)	168 (29)
Rakennus-, korjaus- ja val- mistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	71 (36)	107 (19)	511 (31)	1251 (15)	333 (27)	980 (12)	154 (27)
Alue							
Etelä-Suomi	93 (47)	296 (54)	869 (53)	4690 (56)	593 (48)	4137 (51)	289 (51)
Keski-Suomi	76 (39)	185 (33)	458 (28)	2409 (29)	340 (28)	2397 (30)	161 (28)
Pohjois-Suomi	27 (14)	71 (13)	301 (19)	1293 (15)	298 (24)	1533 (19)	120 (21)
Yhteensä (%)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)

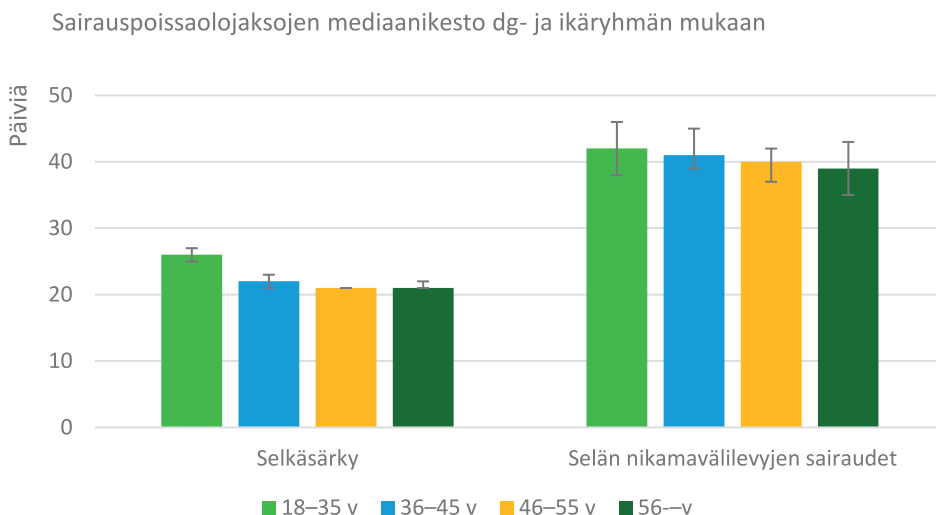
3.2 Sairauspoissaolojen kesto ja uusiutuminen

3.2.1 Selkäsärky ja selän nikamavälilevyjen sairaudet

Sairauspoissaolojaksojen kesto

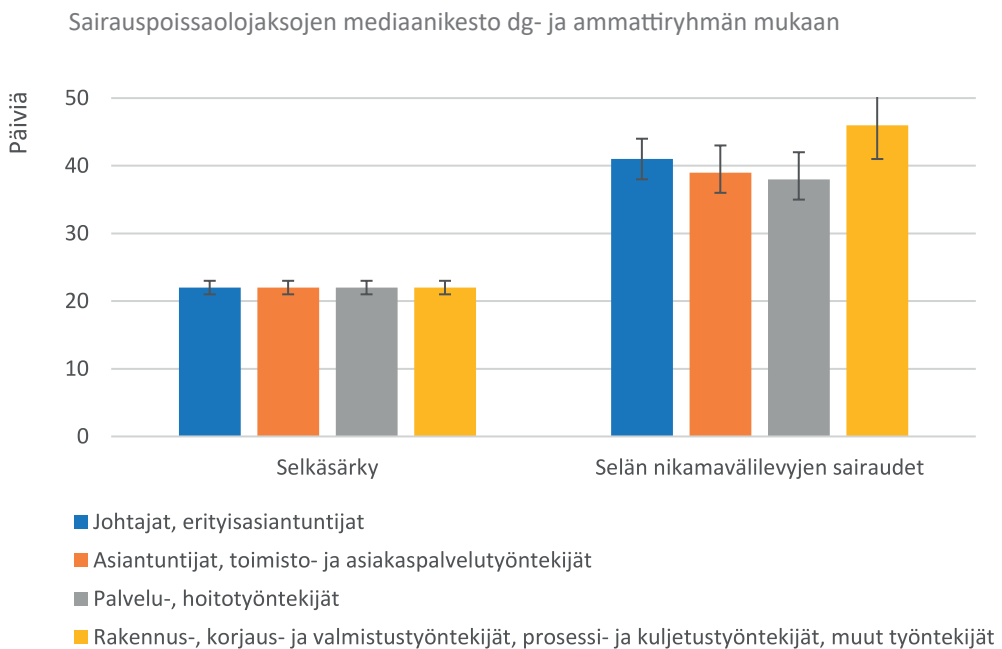
Selkäsäryssä sairauspoissaolojen keston vaihteluväli oli 11–448 päivää. Miehillä selkäsärkyyn liittyvien sairauspoissaolojen vakioimaton mediaanikesto oli 21 (keskiarvo 42 päivää) ja naisilla 22 päivää (keskiarvo 42 päivää). Muissa nikamavälilevyjen sairauksissa sairauspoissaolojen keston vaihteluväli oli 11–416 päivää. Miehillä sairauspoissaolojen vakioimaton mediaanikesto oli 42 päivää (keskiarvo 73 päivää) ja naisilla 40 päivää (keskiarvo 69 päivää).

Sairauspoissaolojaksojen mediaanikestoja tarkasteltiin myös ikä- ja ammattiryhmän sekä alueen mukaan. Selkäsärkyyn liittyneiden sairauspoissaolojaksojen mediaanikesto oli nuorimmissa ikäryhmässä hieman pidempi kuin muissa ikäryhmissä. Selän nikamavälilevyjen sairauksissa kestojen ikäryhmittäiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Kuva 1).

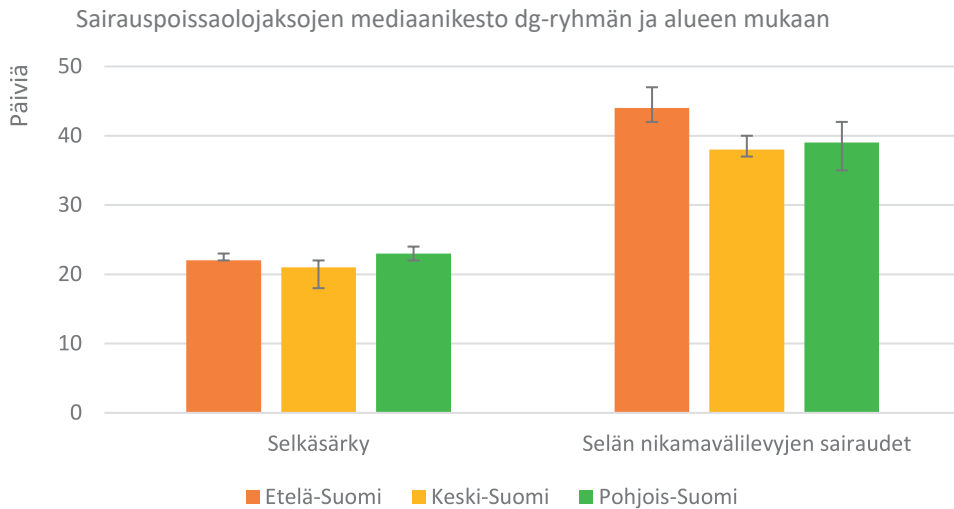


Kuva 1. Sairauspoissaolojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ikäryhmän mukaan. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727) ja selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3239).

Selkäsärkyyn liittyneiden sairauspoissaolajaksojen vakioimattomassa mediaanikestossa ei ollut ammattiryhmien välisiä eroja. Selän nikamavälilevyjen sairauksissa kestojen ammattiryhmittäiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Kuva 2). Sairauspoissaolajaksojen keskimääräisissä kestoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä alueellisia eroja selkäsärkyyn liittyen. Selän nikamavälilevyjen sairauksissa sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot olivat hieman pidempiä Etelä-Suomessa kuin muualla Suomessa (Kuva 3).



Kuva 2. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ammattiryhmän mukaan. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727) ja selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3239).



Kuva 3. Sairauspoissaolojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosiryhmän ja alueen mukaan. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727) ja selän nikamavälilevyjen sairaudet (n=3239).

Sairauspoissaolojen uusiutuminen

Tutkittavilla oli kaikkiaan 12 727 sairauspoissaolojaksoa, joissa selkäsärky (ICD-10 M54) oli työkyvyttömyyden päädiagnoosi (Taulukko 2). Selkäsärkyyn liittyneistä sairauspoissaolojaksoista 14 % uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran ensimmäisen vuoden aikana. Miehillä osuus oli 17 % ja naisilla 14 %. Kun tarkasteluväli oli v. 2005–2011, 26 % sairauspoissaolojaksoista uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran. Miehillä tämä osuus oli 28 % ja naisilla 25 %.

Taulukko 2. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727).

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Miehet	2459	405 (17)	699 (28)
Naiset	10268	1397 (14)	2613 (25)

Edellä olevia osuuksia tarkasteltiin ikäluokan mukaan. Yli 45-vuotiaiden joukossa sairauspoissaolojen uusiutuminen selkäsäryn vuoksi oli yleisempää kuin sitä nuoremmilla ($p < 0,001$) (Taulukko 3).

Taulukko 3. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727).

Ikä (v)	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
18–35	2145	170 (8)	352 (16)
36–45	3474	445 (13)	864 (25)
46–55	4538	763 (17)	1373 (30)
56–	2570	424 (17)	723 (28)

Seuraavassa (Taulukko 4) esitetään uusiutumisia koskevat prosenttiosuudet ammattiryhmän mukaan. Esimerkiksi johtajilla ja erityisasiantuntijoilla oli 1411 sairauspoissaolojaksoa, joissa selkäsärky (ICD-10 M54) oli työkyvyttömyyden päädiagnoosi. Näistä sairauspoissaolojaksoista 10 % uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran ensimmäisen seurantavuoden aikana. Vastaava osuus oli 19 % vuosina 2005–2011. Uusiutuminen oli molemmilla tarkasteluväleillä yleisempää fyysisesti kuormittavissa kuin fyysisesti kevyemmissä ammateissa ($p < 0,001$). Keski-Suomessa uusiutuminen oli hieman yleisempää kuin Etelä- tai Pohjois-Suomessa ($p < 0,001$) (Taulukko 5).

Taulukko 4. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12721, puuttuva tieto n=6).

Ammattiryhmä	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Johtajat, erityisasiantuntijat	1411	138 (10)	263 (19)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	3398	405 (12)	788 (23)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	4304	661 (15)	1210 (28)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	3608	598 (17)	1051 (29)

Taulukko 5. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellillä alueilla. Selkäsärky (ICD-10 M 54) (n=12727).

Alue	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Etelä-Suomi	6234	818 (13)	1548 (25)
Keski-Suomi	4596	730 (16)	1298 (28)
Pohjois-Suomi	1897	254 (13)	466 (25)

Tutkittavilla oli kaikkiaan 3239 sairauspoissaolojaksoa, joissa selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) oli työkyvyttömyyden päädiagnoosi (Taulukko 6). Näistä sairauspoissaolojaksoista 12 % uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran ensimmäisen vuoden aikana. Miehillä tämä osuus oli 13 % ja naisilla 12 %. Kun tarkasteluväli oli v. 2005–2011, sairauspoissaolo uusiutui muiden nikamavälilevyjen sairauksien vuoksi vähintään kerran 20 %:ssa jaksoista. Miehillä osuus oli 22 % ja naisilla 19 %.

Taulukko 6. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n= 3239).

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Miehet	820	110 (13)	180 (22)
Naiset	2419	286 (12)	455 (19)

Sairauspoissaolojen uusiutumista tarkasteltiin myös ikäluokan mukaan (Taulukko 7). Tarkasteluvälillä v. 2005–2011 sairauspoissaolot uusiutuivat selän nikamavälilevyjen sairauksien vuoksi hieman useammin yli 45-vuotialla kuin tätä nuoremmilla. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 7. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3239).

Ikä (v)	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
18–35	369	43(12)	62 (17)
36–45	914	103 (11)	171 (19)
46–55	1232	153 (12)	256 (21)
56–	724	97 (13)	146 (20)

Ammattiryhmien välillä ei sairauspoissaolojen uusiutumisessa selän nikamavälilevyjen sairauksissa ollut tilastollisesti merkitseviä eroja (Taulukko 8). Sairauspoissaolojen uusiutuminen selän nikamavälilevyjen sairauksissa oli Pohjois-Suomessa muuta Suomea yleisempää ($p < 0,001$) (Taulukko 9).

Taulukko 8. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3233, puuttuva tieto n=6).

Ammattiryhmä	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Johtajat, erityisasiantuntijat	523	57 (11)	87 (17)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	1004	123 (12)	195 (19)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	917	109 (12)	194 (21)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	789	103 (13)	155 (20)

Taulukko 9. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3239).

Alue	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Etelä-Suomi	1433	143 (10)	244 (17)
Keski-Suomi	898	89 (10)	153 (17)
Pohjois-Suomi	908	164 (18)	238 (26)

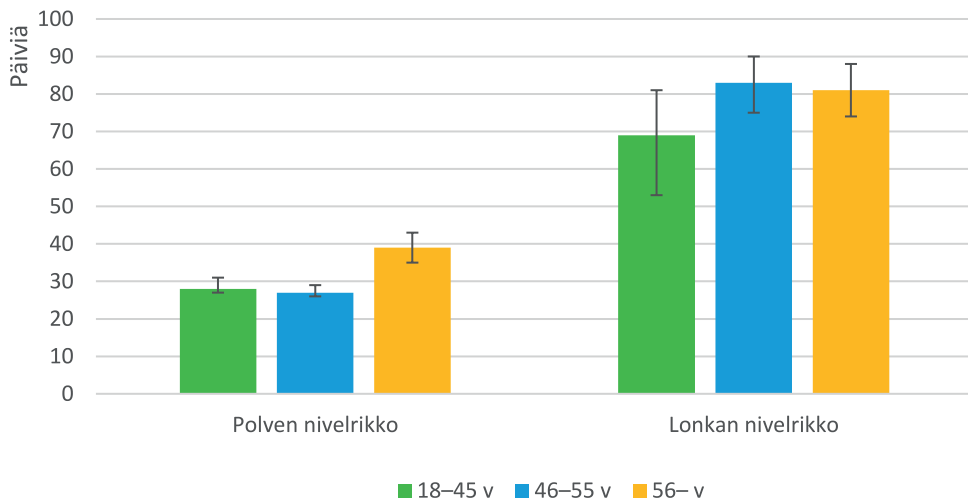
3.2.2 Polven nivelrikko ja lonkan nivelrikko

Sairauspoissaolojen kesto

Sairauspoissaolojen kesto vaihteli polven nivelrikossa 11–441 päivää. Miehillä sairauspoissaolojen vakioimaton mediaanikesto oli 31 päivää (keskiarvo 70 päivää) ja naisilla 32 päivää (keskiarvo 68 päivää). Lonkan nivelrikossa sairauspoissaolojen keston vaihteluväli oli 12–399 päivää. Miehillä sairauspoissaolojen vakioimaton mediaanikesto oli lonkan nivelrikossa 73 päivää (keskiarvo 88 päivää) ja naisilla 84 päivää (keskiarvo 99 päivää).

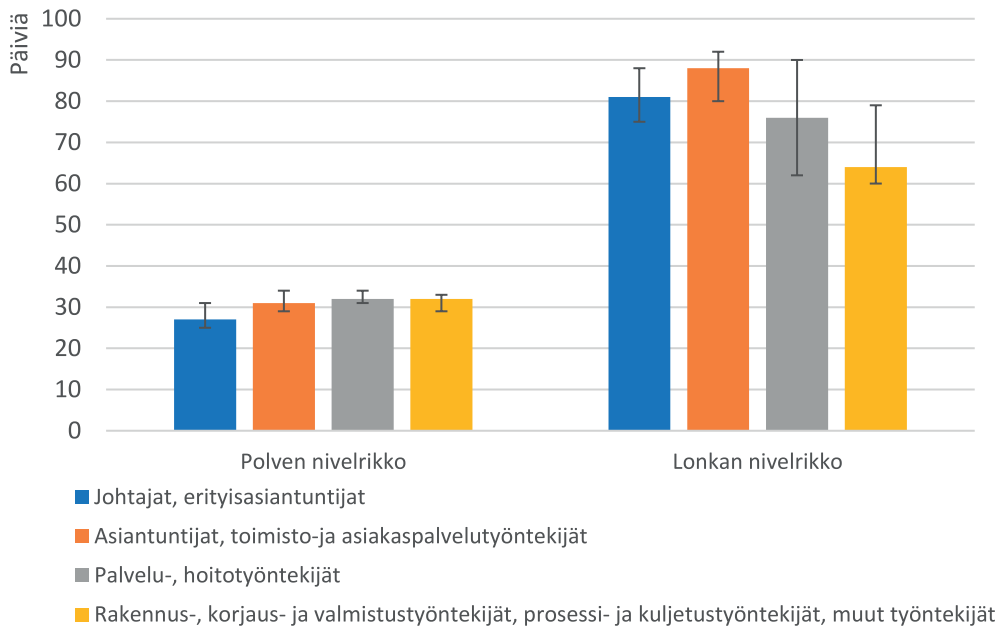
Sairauspoissaolojaksojen mediaanikestoja tarkasteltiin myös ikä- ja ammattiryhmän sekä alueen mukaan. Polven nivelrikkoon liittyneiden sairauspoissaolojaksojen vakioimaton mediaanikesto oli vanhimmassa ikäryhmässä tilastollisesti merkitsevästi pidempi kuin muissa ikäryhmissä. Lonkan nivelrikossa sairauspoissaolojen kestojen ikäryhmittäiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Kuva 4).

Sairauspoissaalojaksojen mediaanikesto dg- ja ikäryhmän mukaan



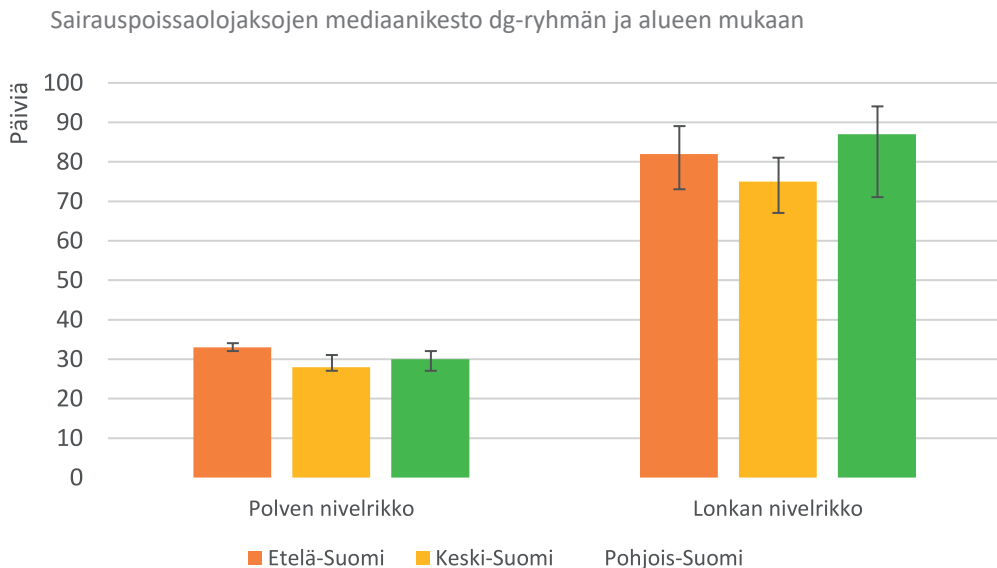
Kuva 4. Sairauspoissaalojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ikäryhmän mukaan. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275) ja lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Sairauspoissaalojaksojen mediaanikesto dg- ja ammattiryhmän mukaan



Kuva 5. Sairauspoissaalojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ammattiryhmän mukaan. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275) ja lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Polven nivelrikossa ja lonkan nivelrikossa sairauspoissaolojen keskimääräisissä kestoissa ei ollut ammattiryhmien tai alueiden välillä tilastollisesti merkitseviä eroja (Kuva 5 ja Kuva 6).



Kuva 6. Sairauspoissaolojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusväli) diagnoosiryhmän ja alueen mukaan. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275) ja lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Sairauspoissaolojen uusiutuminen

Tutkittavilla oli kaikkiaan 3275 sairauspoissaolojaksoa, joissa polven nivelrikko (ICD-10 M17) oli työkyvyttömyyden päädiagnoosi. Kun tarkasteluväli oli 365 pv, sairauspoissaolo uusiutui polven nivelrikon vuoksi vähintään kerran 18 %:ssa jaksoista (Taulukko 10). Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Seuranta-aikana v. 2005–2011 27 % sairauspoissaolojaksoista uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran.

Sairauspoissaolo uusiutui polven nivelrikon vuoksi yleisemmin yli 45-vuotiailla kuin tätä nuoremmilla sekä lyhemmällä ($p < 0,01$) että pidemmällä ($p < 0,001$) tarkasteluvälillä (Taulukko 11).



Taulukko 10. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Miehet	750	148 (20)	205 (27)
Naiset	2525	445 (18)	679 (27)

Taulukko 11. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Ikä (v)	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
18–45	451	58 (13)	82 (18)
46–55	1361	252 (19)	379 (28)
56–	1463	283 (19)	423 (29)

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 12) esitetään uusiutumisia koskevat prosenttiosuudet ammattiryhmän mukaan. Fyysisesti kuormittavassa työssä sairauspoissaolo uusiutui polven nivelrikon vuoksi useammin kuin fyysisesti kevyemmissä töissä sekä lyhemmällä että pidemmällä tarkasteluvälillä ($p < 0,001$).

Taulukko 12. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Ammattiryhmä	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Johtajat, erityisasiantuntijat	453	43 (10)	75 (17)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	778	119 (15)	185 (24)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	963	196 (20)	288 (30)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	1081	235 (22)	336 (31)

Sairauspoissaolojen uusiutumisessa M17-diagnoosilla oli alueellisia eroja niin, että uusiutuminen oli lyhemmällä tarkasteluvälillä jonkin verran yleisempää Pohjois-Suomessa kuin muualla Suomessa (Taulukko 13).

Taulukko 13. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Alue	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Etelä-Suomi	1648	276 (17)	431 (26)
Keski-Suomi	1061	195 (18)	286 (27)
Pohjois-Suomi	566	122 (22)	167 (30)

Tutkittavilla oli kaikkiaan 977 sairauspoissaolojaksoa, joissa lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) oli työkyvyttömyyden päädiagnoosi (Taulukko 14). Näistä sairauspoissaolojaksoista 16 %: ssa sairauspoissaolo uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran ensimmäisen vuoden aikana ja vastaavasti 23 %:ssa v. 2005–2011. Miehillä uusiutuminen oli yleisempää kuin naisilla etenkin pidemmällä tarkasteluvälillä ($p<0,001$). Sairauspoissaolon uusiutumisessa lonkan nivelrikon vuoksi ei ollut ikäryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja (Taulukko 15).

Taulukko 14. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Miehet	282	57 (20)	86 (31)
Naiset	695	102 (15)	143 (21)

Taulukko 15. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Ikä (v)	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
18–45	121	21 (17)	29 (24)
46–55	371	63 (17)	91 (25)
56–	485	75 (16)	109 (22)

Seuraavassa (Taulukko 16) esitetään uusiutumisia koskevat prosenttiosuudet ammattiryhmän mukaan. Fyysisesti kuormittavassa työssä sairauspoissaolo uusiutui lonkan nivelrikon vuoksi hieman useammin kuin fyysisesti kevyemmissä töissä sekä lyhemmällä että pidemmällä tarkasteluvälillä. Sairauspoissaolojen uusiutumisessa lonkan nivelrikon vuoksi ei ollut tilastollisesti merkitseviä alueellisia eroja (Taulukko 17).

Taulukko 16. Sairauspoissaalojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=973, puuttuva tieto n=4).

Ammattiryhmä	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Johtajat, erityisasiantuntijat	226	24 (11)	38 (17)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	272	43 (16)	64 (24)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	227	42 (19)	54 (24)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	248	50 (20)	70 (28)

Taulukko 17. Sairauspoissaalojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

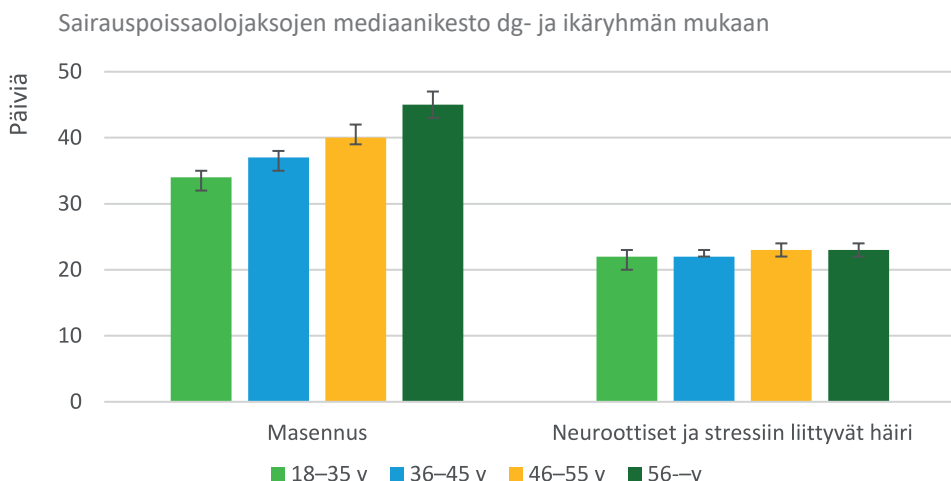
	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Etelä-Suomi	513	91(18)	124 (24)
Keski-Suomi	329	41(13)	68 (21)
Pohjois-Suomi	135	27 (20)	37 (27)

3.2.3 Masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt

Sairauspoissaalojen kesto

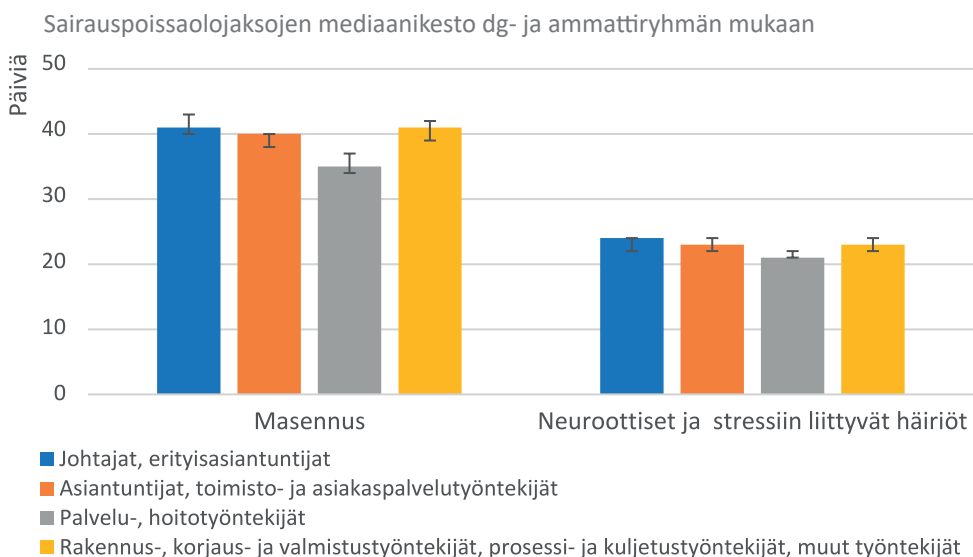
Masennuksessa sairauspoissaalojen keston vaihteluväli oli 11–450 päivää. Miehillä masennukseen liittyvien sairauspoissaalojen vakioimaton mediaanikesto oli 45 päivää (keskiarvo 90 päivää) ja naisilla 38 päivää (keskiarvo 76 päivää).

Neuroottisissa ja stressiin liittyvissä häiriöissä sairauspoissaalojen keston vaihteluväli oli 11–434 päivää. Miehillä sairauspoissaalojen vakioimaton mediaanikesto oli 24 (keskiarvo 43 päivää) ja naisilla 22 päivää (keskiarvo 38 päivää).



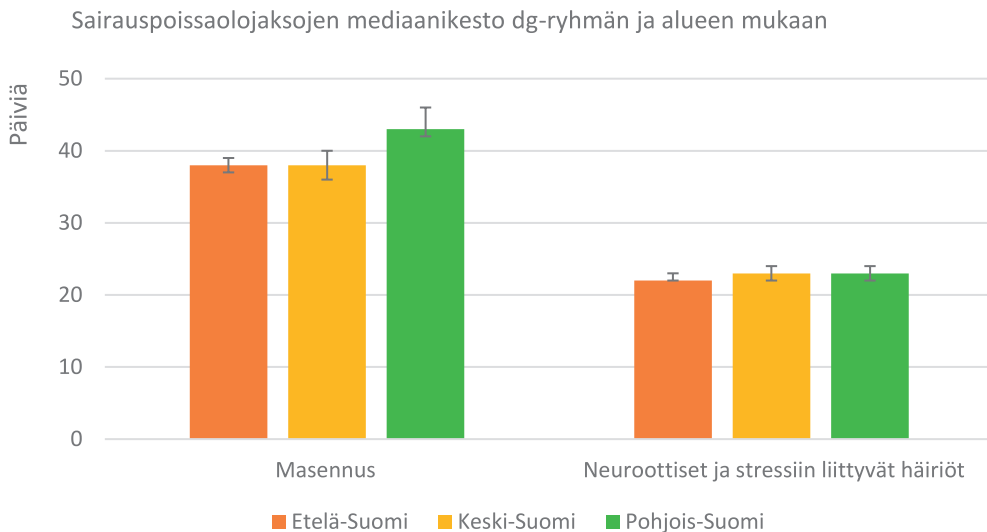
Kuva 7. Sairauspoissaalojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ikäryhmän mukaan. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107) sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Masennukseen liittyneiden sairauspoissaalojaksojen vakioimaton mediaanikesto oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ikään niin, että mitä vanhemmasta työntekijästä oli kyse, sitä pidempi oli sairauspoissaolon kesto. Neuroottisissa ja muissa stressiin liittyvissä häiriöissä sairauspoissaalojaksojen mediaanikestot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä (Kuva 7).



Kuva 8. Sairauspoissaalojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ammattiryhmän mukaan. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107) ja neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Palvelu- ja hoitotyöntekijöillä masennukseen liittyvät sairauspoissaolojaksot olivat keskimäärin hieman lyhempiä kuin muissa ammattiryhmissä. Neuroottisissa ja stressiin liittyvissä häiriöissä kestojen ammattiryhmittäiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Kuva 8).



Kuva 9. Sairauspoissaolojaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnosiryhmän ja alueen mukaan. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107) ja neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Masennukseen liittyneet sairauspoissaolojaksot kestivät Pohjois-Suomessa keskimäärin kauemmin kuin muualla Suomessa. Neuroottisten ja stressiin liittyvien häiriöiden keskimääräisessä kestossa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja alueiden välillä (Kuva 9).

Sairauspoissaolojen uusiutuminen

Tutkittavilla oli kaikkiaan 14107 sairauspoissaolajaksoa, joissa masennus (ICD-10 F32–34) oli työkyvyttömyyden päädiagnoosi (Taulukko 18). Kun tarkasteluväli oli 365 pv, sairauspoissaolo uusiutui masennuksen vuoksi vähintään kerran 17 %:ssa jaksoista. Miehillä osuus oli 16 % ja naisilla 17 %. Koko seuranta-aikana v. 2005–2011 29 % sairauspoissaolajaksoista uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran. Miehillä tämä osuus oli 26 % ja naisilla 30 %.



Taulukko 18. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107).

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Miehet	2207	355 (16)	582 (26)
Naiset	11900	2026 (17)	3539 (30)

Edellä olevia osuuksia tarkasteltiin ikäluokan mukaan (Taulukko 19). Alle 35-vuotiailla masennus uusiutui pidemmällä tarkasteluvälillä harvemmin kuin iäkkäämmillä ($p<0,001$). Lyhemmällä tarkasteluvälillä erot eivät olleet ikäluokkien välillä tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 19. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107).

Ikä (v)	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
18–35	1925	293 (15)	448 (23)
36–45	4429	729 (16)	1250 (28)
46–55	5160	916 (18)	1609 (31)
56–	2593	443 (17)	814 (31)

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 20) esitetään uusiutumisia koskevat prosenttiosuudet ammattiryhmän mukaan. Sairauspoissaolon uusiutuminen masennuksen takia oli pidemmällä tarkasteluvälillä jonkin verran harvinaisempaa johtajilla ja erityisasiantuntijoilla kuin muilla ammattiryhmillä ($p<0,001$). Alueelliset erot masennuksen uusiutumisessa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Taulukko 21).

Taulukko 20. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14101, puuttuva tieto n=6).

Ammattiryhmä	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Johtajat, erityisasiantuntijat	3281	489 (15)	857 (26)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	4570	771 (17)	1375 (30)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	3744	686 (18)	1143 (31)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	2506	434 (17)	745 (30)

*Taulukko 21. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107).*

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Etelä-Suomi	7840	1323 (17)	2304 (29)
Keski-Suomi	4070	712 (18)	1209 (30)
Pohjois-Suomi	2197	346 (16)	608 (28)

Tutkittavilla oli kaikkiaan 11063 sairauspoissaolojaksoa, joissa neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) olivat työkyvyttömyyden päädiagnoosi (Taulukko 22). Ensimmäisen vuoden aikana sairauspoissaolo uusiutui tässä diagnoosiryhmässä vähintään kerran 10 %:ssa jaksoista. Miehillä osuus oli 9 % ja naisilla 10 %. Koko seuranta-aikana v. 2005–2011 kaikkiaan 17 %:ssa sairauspoissaolojakso uusiutui saman syyn vuoksi vähintään kerran. Miehillä osuus oli 15 % ja naisilla 17 %.

Taulukko 22. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n= 11063).

	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Miehet	1424	134 (9)	216 (15)
Naiset	9639	942 (10)	1669 (17)

Edellä olevia osuuksia tarkasteltiin ikäluokan mukaan (Taulukko 23). Lyhemmällä tarkasteluvälillä ikäluokkien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Pidemmällä tarkasteluvälillä sairauspoissaolo uusiutui neuroottisten ja stressiin liittyvien häiriöiden vuoksi nuorimmassa ikäluokassa hieman harvemmin kuin vanhemmissa ikäluokissa ($p < 0,001$).

Taulukko 23. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n= 11063).

Ikä (v)	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
18–35	1637	147 (9)	224 (14)
36–45	3754	372 (10)	655 (18)
46–55	3927	409 (10)	718 (18)
56–	1745	148 (9)	288 (17)

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 24) esitetään uusiutumisia koskevat prosenttiosuudet ammattiryhmän mukaan. Lyhemmällä tarkasteluvälillä ei ammattiryhmien välillä ollut eroja. Neuroottisten ja stressiin liittyvien häiriöiden uusiutuminen oli pidemmällä tarkasteluvälillä hieman yleisempää asiantuntijoilla sekä toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijöillä kuin muilla ($p < 0,01$).

Taulukko 24. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11061, puuttuva tieto n=2).

Ammattiryhmä	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Johtajat, Erityisasiantuntijat	2728	233 (9)	411 (15)
Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	3911	398 (10)	719 (18)
Palvelu- ja hoitotyöntekijät	2879	285 (10)	503 (17)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät	1543	160 (10)	252 (16)

Vuoden seurannassa alueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Pidemmällä tarkasteluvälillä sairauspoissaolot uusiutuivat neuroottisten ja stressiin liittyvien häiriöiden vuoksi Pohjois-Suomessa useammin kuin muualla Suomessa ($p < 0,001$) (Taulukko 25).

Taulukko 25. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

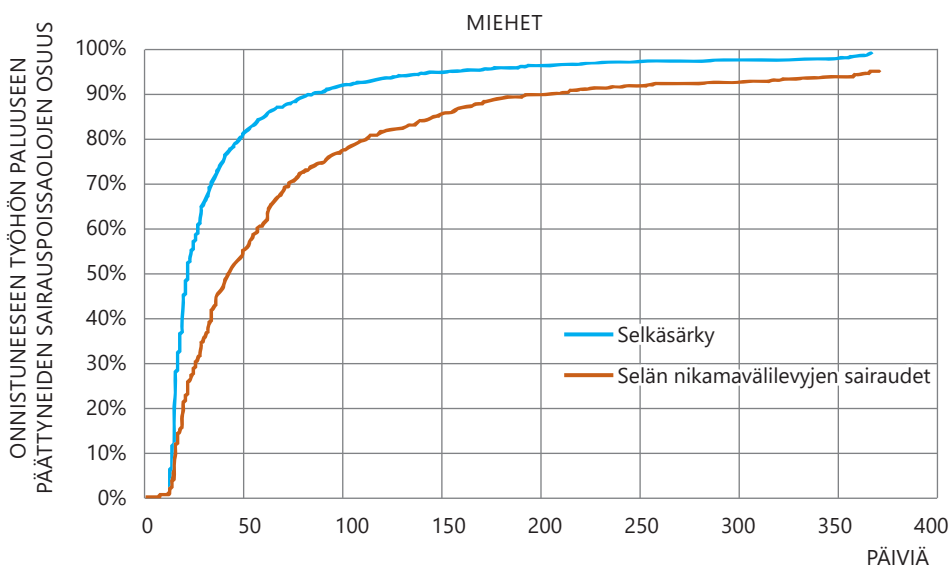
Alue	n	365 pv:n aikana n (%)	v. 2005–2011 n (%)
Etelä-Suomi	5618	551 (10)	945 (17)
Keski-Suomi	3198	282 (9)	500 (16)
Pohjois-Suomi	2247	243 (11)	440 (20)

3.3 Onnistunut työhön paluu

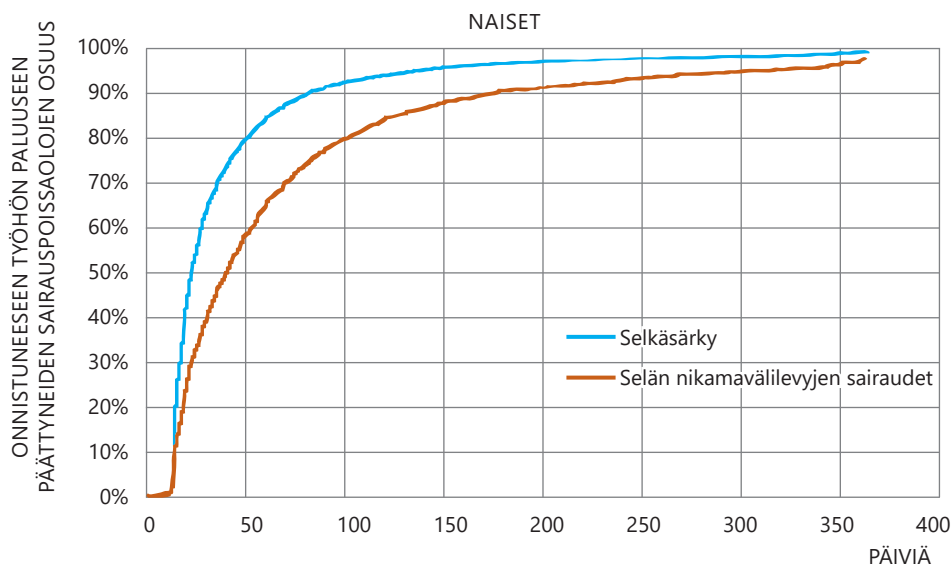
3.3.1 Selkäsärky ja selän nikamavälilevyjen sairaudet

Elinaikamallinnuksella selvitettiin aikaa, joka kussakin diagnoosiryhmässä kului sairauspoissaolon alusta onnistuneeseen työhön paluuseen (Kausto ym. 2017). Onnistuneeksi työhön paluuksi määriteltiin sairauspoissaolon päättyminen ilman uutta yli 10 päivää kestänyttä sairauslomaa saman syyn vuoksi 30 päivän aikana. Jos sairauspoissaolo uusiutui tässä ajassa, kulunut aika laskettiin mukaan onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan.

Selkäsäryssä 50 % sairauspoissaolojaksoista päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen miehillä enintään 21 päivässä (kvartiiliväli 15–39 päivää) ja naisilla 22 päivässä (kvartiiliväli 15–42 päivää). Selän nikamavälilevyjen sairauksissa vastaavasti miehillä 42 päivässä (kvartiiliväli 21–91 päivää) ja naisilla 41 päivässä (kvartiiliväli 20–84 päivää) (Kuvat 10 ja 11).



Kuva 10. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä. Miehet. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=2482), selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=825).



Kuva 11. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä. Naiset. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=10333), selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=2442).

Kun miehillä, jotka olivat poissa töistä selkäsäryn vuoksi, kaikkien tekijöiden vaikutus huomioitiin samanaikaisesti, onnistuneen työhön paluun suhteellinen todennäköisyys oli muita pienempi yli 56-vuotiailla (HR 0,86, 95 % LV 0,76–0,97), fyysisesti kuormittavaa työtä tekevillä (HR 0,88, 95 % LV 0,78–0,99), työntekijöillä, joilla oli ollut TULE-sairauksiin liittyviä poissaoloja edeltäneen vuoden aikana (HR 0,90, 95 % LV 0,82–0,98) sekä työntekijöillä, joilla oli ollut TULE-sairauksiin liittyvä lääkitys tai sairaalahoitajakso (HR 0,92, 95 % LV 0,85–0,97) edeltäneen vuoden aikana. Sairauksien yhteisiintyvyys puolestaan kasvatti onnistuneen työhön paluun suhteellista todennäköisyyttä (HR 1,20, 95 % LV 1,04–1,39).

Naisilla vastaavasti selkäsärystä yli 56-vuoden ikä (HR 0,90, 95 % LV 0,85–0,96) tai alle 35-vuoden ikä (HR 0,91, LV 0,86–0,96), fyysisesti kuormittava työ (HR 0,91, 95 % LV 0,84–0,98) tai hoito- ja palvelutyö (HR 0,93, 95 % LV 0,87–0,99), TULE-sairauksiin liittyvät sairauspoissaolot edeltäneen vuoden aikana (HR 0,88, 95 % LV 0,84–0,92), muihin sairauksiin liittyvät sairauspoissaolot edeltäneen vuoden aikana (HR 0,88, 95 % LV 0,84–0,93), masennuslääkeostot tai mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairaalahoitajaksot edeltäneen vuoden aikana (HR 0,85, 95 % LV 0,75–0,95) ja sairauksien yhteisiintyvyys (HR 0,92, 95 % LV 0,86–0,98) olivat yhteydessä muita pienempää todennäköisyyteen onnistua työhön paluussa.

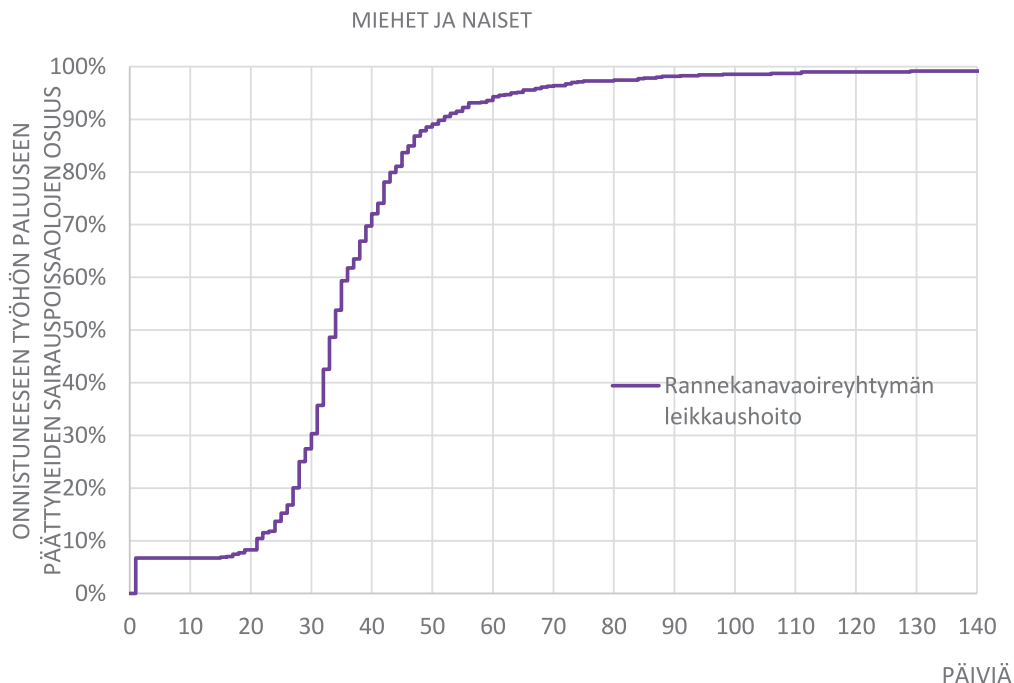
Miehillä selän nikamavälilevyjen sairauksissa oli ainoastaan ammattiryhmä yhteydes-

sä onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan niin, että fyysisesti kuormittavaa työtä tekeillä todennäköisyys onnistua työhön paluussa oli muita ammattiryhmiä pienempi (HR 0,67, 95 % LV 0,54–0,83) ja työhön paluuseen kulunut aika pidempi. Naisilla selän nikamavälilevyjen sairauksissa yli 56-vuoden ikä (HR 0,84, 95 % LV 0,74–0,96), fyysisesti kuormittava työ (HR 0,84, 95 % LV 0,72–0,97), TULE-sairauksiin liittyvät sairauspoissaolot edeltäneen vuoden aikana (HR 0,89, 95 % LV 0,82–0,97) ja masennuslääkeostot tai mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairaalahoitajaksot edeltäneen vuoden aikana (HR 0,73, 95 % LV 0,60–0,88) olivat yhteydessä pienempää todennäköisyyteen onnistua työhön paluussa.

3.3.2 Rannekanavaoireyhtymä

Rannekanavaoireyhtymää sairastaneilla (n=570) oli 714 leikkaushoitajaksoa vuosina 2005–2011 (Kausto ym. 2018). Leikkauksia seuranneista sairauspoissaaloista 98 % (n=698) päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen vuoden 2011 loppuun mennessä. Leikkauksista 57 % tehtiin yliopistollisissa keskussairaaloissa, 38 % muissa julkisissa sairaaloissa ja 5 % yksityisissä sairaaloissa. Leikkauksista 44 % tehtiin käsi-kirurgian, 30 % ortopedian ja 14 % kirurgian erikosisalaan kuuluvina toimenpiteinä. Leikkauksista 93 % oli päiväkirurgisia ja 7 % sisälsi hoitajakson sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Potilaista 77 %:lle tehtiin yksi leikkaus ja 23 %:lle kaksi leikkausta seuranta-aikana. Leikkauksista 91 % (n=650) seurasi välitön sairauspoissaolajakso rannekanavaoireyhtymädiagnoosilla.

Sairauspoissaolo rannekanavaleikkauksen jälkeen kesti 9 %:ssa leikkaushoitajaksista enintään 10 päivää tai sitä ei tarvittu lainkaan ja 50 % jaksoista päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen enintään 34 päivän kuluessa (kvartiiliväli 28–42 päivää) (Kuva 12).



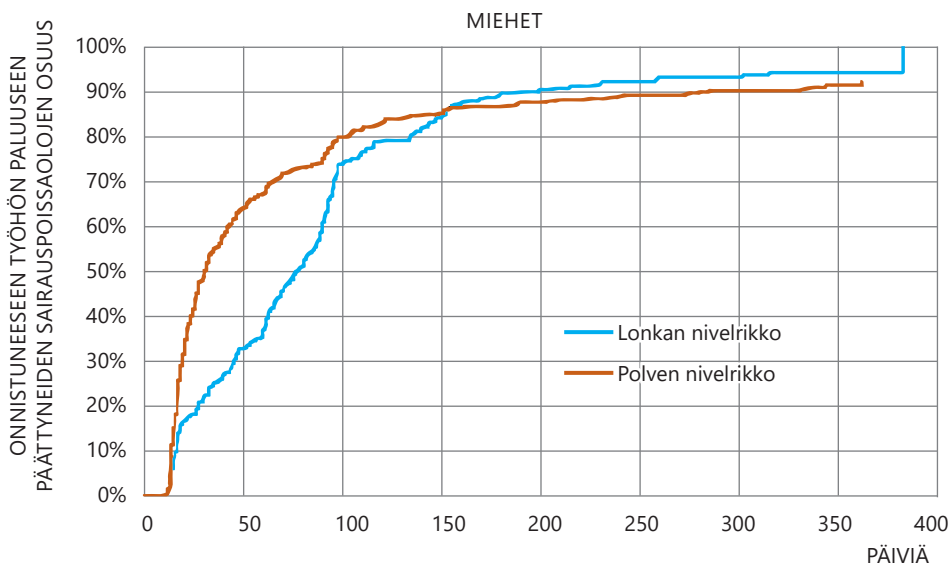
Kuva 12. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä rannekanavaoireyhtymän leikkauksen jälkeen. Miehet ja naiset (n=714).

Lopullisiin malleihin otettiin mukaan tutkittavien sosiodemografiset taustatekijät (ikä, sukupuoli, ammatti ja työpaikan alueellinen sijainti), työsuhteen luonne (vaki-
tuinen/ määräaikainen), leikkaushoitajaksoa edeltäneen rannekanavaoireyhtymään
liittyneen sairauspoissaolojakson kesto (0, 1–30, 31–60, 61–90 ja yli 91 päivää) ja työn
hallinta (huono, keskinkertainen ja hyvä).

Sukupuoli oli yhteydessä onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan
niin, että miehet onnistuivat työhön paluussa naisia nopeammin (HR 0,70, 95 % LV
0,55–0,90). Johtajat ja erityisasiantuntijat onnistuivat rannekanavaleikkauksen jäl-
keen työhön paluussa nopeammin kuin muut ammattiryhmät (esim. palvelu- ja hoi-
totyöntekijät HR 0,49, 95 % LV 0,38–0,64). Pohjois-Suomessa todennäköisyys oli
pienempi kuin Etelä-Suomessa (HR 0,69, 95 % LV 0,56–0,84). Jos leikkaushoitoa välit-
tömästi edeltäneen rannekanavaoireyhtymään liittyneen sairauspoissaolojakson pi-
tuus oli yli 91 päivää, onnistuneen työhön paluun todennäköisyys oli pienempi kuin
jos sairauspoissaoloa ei ollut lainkaan (HR 0,34, 95 % LV 0,17–0,67).

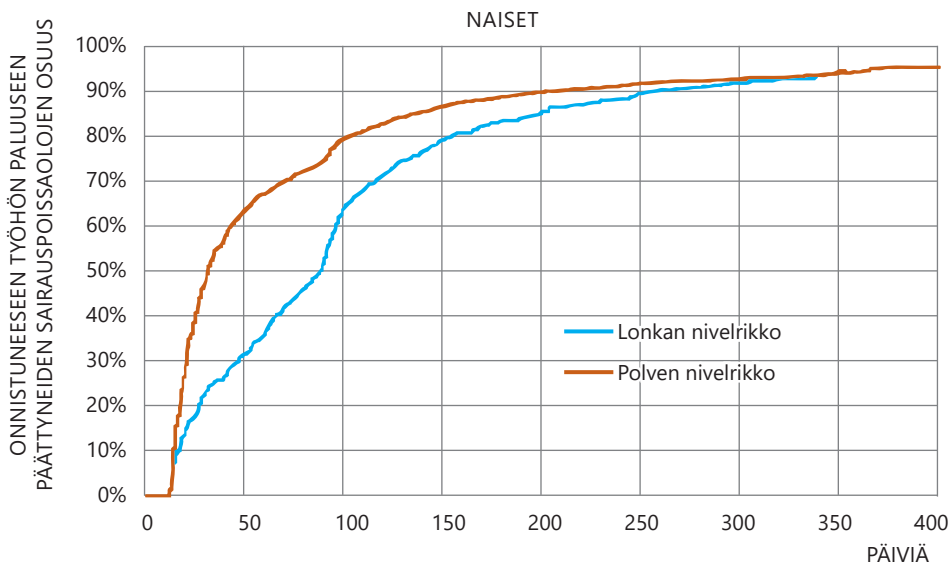
3.3.3 Polven nivelrikko ja lonkan nivelrikko

Polven nivelrikossa 50 % sairauspoissaolojaksoista päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen miehillä enintään 32 päivässä (kvartiiliväli 18–91 päivää) ja naisilla samoin enintään 32 päivässä (kvartiiliväli 19–90 päivää) (Kuvat 13 ja 14).



Kuva 13. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä. Miehet. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=752), lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=282).

Kun miehillä, jotka olivat poissa töistä polven nivelrikon vuoksi, kaikkien tekijöiden vaikutus huomioitiin samanaikaisesti, onnistuneen työhön paluun suhteellinen todennäköisyys oli muita pienempi yli 56-vuotiailla (HR 0,62, 95 % LV 0,53–0,73) ja työntekijöillä, joilla oli ollut sairauspoissaoloja edeltäneen vuoden aikana (HR 0,78, 95 % LV 0,64–0,96). Naisilla vastaavasti yli 56-vuoden ikä (HR 0,74, 95 % LV 0,69–0,81), palvelu- ja hoitotyö sekä fyysisesti kuormittava työ (HR 0,76, 95 % LV 0,66–0,87), TULE-sairauksiin liittyvät sairauspoissaolot edeltäneen vuoden aikana (HR 0,87, 95 % LV 0,80–0,95), ja sairauksien yhteisesiintyvyys (HR 0,79, 95 % LV 0,70–0,89) olivat yhteydessä muita ikäryhmiä pienempää todennäköisyyteen onnistua työhön paluussa.



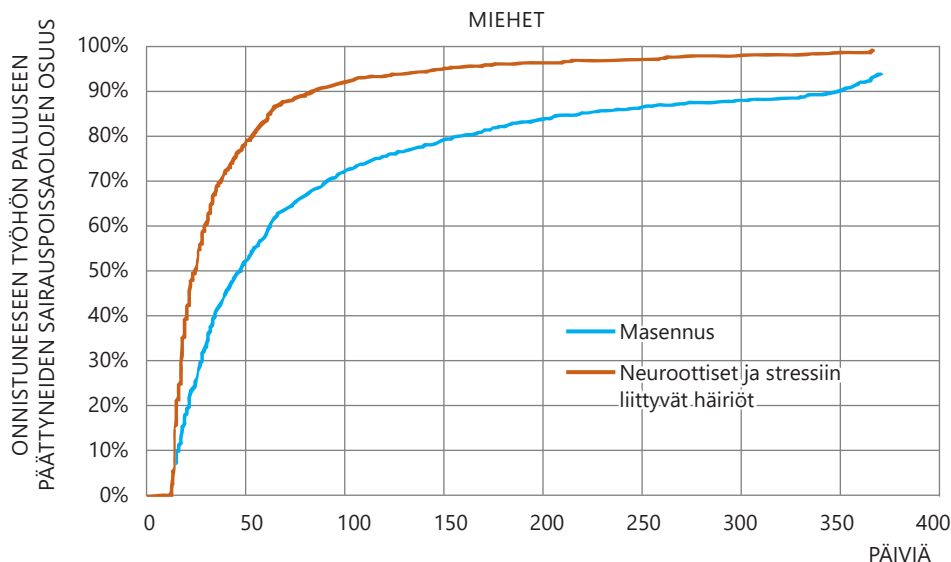
Kuva 14. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä. Naiset. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=2548), lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n= 697).

Lonkan nivelrikossa 50 % sairauspoissaolojaksoista päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen miehillä enintään 77 päivässä (kvartiiliväli 35–102 päivää) ja naisilla enintään 88 päivässä (kvartiiliväli 33–132 päivää) (Kuvat 13 ja 14).

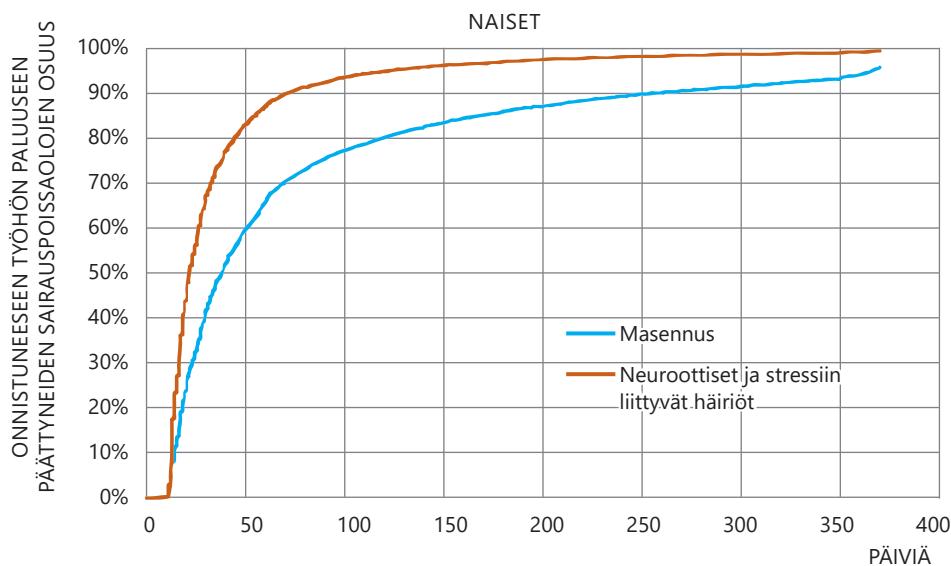
Lonkan nivelrikon vuoksi töistä poissaolleilla naisilla onnistuneen työhön paluun suhteellinen todennäköisyys oli muita pienempi fyysisesti kuormittavissa työtehtävissä (HR 0,75, 95 % LV 0,58–0,98). Miehillä taustatekijät tai muut tekijät eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan.

3.3.4 Masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt

Masennuksessa 50 % sairauspoissaolojaksoista päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen miehillä enintään 46 päivässä (kvartiiliväli 24–117 päivää) ja naisilla enintään 38 päivässä (kvartiiliväli 21–88 päivää). Neuroottisissa ja stressiin liittyvissä häiriöissä vastaavasti miehillä enintään 24 päivässä (kvartiiliväli 17–45 päivää) ja naisilla enintään 22 päivässä (kvartiiliväli 16–39 päivää) (Kausto ym. 2017) (Kuvat 15 ja 16).



Kuva 15. Onnistuneeseen työhön paluuseen päätyneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä. Miehet. Masennus (ICD-10 F 32–34) (n=2217), neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F 40–43) (n=1453).



Kuva 16. Onnistuneeseen työhön paluuseen päätyneiden sairauspoissaolojaksojen kumulatiivinen kertymä. Naiset. Masennus (ICD-10 F 32–34) (n=11953), neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F 40–43) (n=9776).



Masennuksessa onnistuneeseen työhön paluuseen oli yhteydessä miehillä ainoastaan ikä niin, että iäkkäämmillä työntekijöillä onnistuneen työhön paluun todennäköisyys oli pienempi kuin 36–45-vuotiailla (yli 56-vuotiailla HR 0,66, 95 % LV 0,57–0,76). Naisilla vastaavasti yli 46-vuoden ikä oli yhteydessä pienempään suhteelliseen todennäköisyyteen onnistua työhön paluussa 36–45-vuotiaisiin verrattuna (yli 56-vuotiailla HR 0,78, 95 % LV 0,73–0,83). Naisilla todennäköisyys oli pienempi Pohjois-Suomessa kuin Etelä-Suomessa (HR 0,85, 95 % LV 0,80–0,90). Samoin, jos edeltäneen vuoden aikana oli yli 10 päivää kestäneitä sairauspoissaoloja (mielenterveyssyistä HR 0,89, 95 % LV 0,85–0,92, TULE-sairauksien vuoksi HR 0,89, 95 % LV 0,84–0,95, muista syistä HR 0,90, 95 % LV 0,85–0,94) verrattuna siihen, että niitä ei ollut lainkaan. Myös korvatut masennuslääkeostot tai sairaalahoitojaksot (mielenterveyden häiriöihin liittyvät diagnoosit) (HR 0,86, 95 % LV 0,82–0,90) ja sairauksien yhteisesiintyvyys (HR 0,90, 95 % LV 0,84–0,96) olivat yhteydessä pidempään onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan.

Neuroottisissa ja stressiin liittyvissä häiriöissä onnistuneeseen työhön paluuseen kulunut aika oli yli 56-vuotiailla miehillä pidempi kuin 36–45-vuotiailla (HR 0,81, 95 % LV 0,68–0,97). Samoin, jos edeltäneen vuoden aikana oli yli 10 päivää kestäneitä sairauspoissaoloja (mielenterveyssyistä HR 0,80, 95 % LV 0,70–0,91) verrattuna siihen, että niitä ei ollut lainkaan. Myös korvatut masennuslääkeostot tai sairaalahoitojaksot (mielenterveyden häiriöihin liittyvät diagnoosit) olivat yhteydessä pidempään onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan (HR 0,68, 95 % LV 0,57–0,80). Naisilla Pohjois-Suomessa todennäköisyys onnistua työhön paluussa oli pienempi kuin Etelä-Suomessa (HR 0,90, 95 % LV 0,86–0,96). Samoin, jos edeltäneen vuoden aikana oli sairauspoissaoloja mielenterveyssyistä (HR 0,79, 95 % LV 0,75–0,84). Myös korvatut masennuslääkeostot tai sairaalahoitojaksot (mielenterveyden häiriöihin liittyvät diagnoosit) olivat yhteydessä pidempään onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan verrattuna siihen, että niitä ei ollut lainkaan (HR 0,78, 95 % LV 0,73–0,84).

4 POHDINTA

4.1 Tulosten tarkastelua

Selvitimme kuntatyöntekijöiden yli 10 päivää kestäneiden sairauspoissaolojen kestoa, uusiutumista sekä sitä missä ajassa nämä sairauspoissaolojaksot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen. Tarkastelimme myös mitkä tutkittaviin tai heidän työhönsä liittyvät tekijät olivat yhteydessä tuloksiin.

Keskityimme tarkasteluissa niihin sairauksiin, jotka ovat usein työntekijöiden työkyvyttömyyden syitä: tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (selkäsärky, selän nikamavälilevyjen sairaudet sekä polven ja lonkan nivelrikko) ja mielenterveyden häiriöihin (masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt). Selvitimme työntekijöiden työhön paluuta myös rannekanavaoireyhtymän leikkaushoidon jälkeen. Kuntasektori on hyvin naisvaltainen toimiala, siksi tämän tutkimuksen osallistujista 76 % oli naisia. Naisten ja miesten tuloksissa ei ollut tämän tutkimuksen aineistossa huomattavia eroja.

Tulosten alueelliset erot eivät olleet suuria. Pohjois-Suomessa sairauspoissaolot uusiutuivat useammassa sairausryhmässä hieman useammin kuin muualla Suomessa. Myös aika onnistuneeseen työhön paluuseen oli esimerkiksi masennuksessa ja neuroottisissa sekä stressiin liittyvissä häiriöissä Pohjois-Suomessa Etelä-Suomea pidempi. Alueelliset erot sairastavuudessa, sosiaalisessa kontekstissa, potilaiden sairauspoissaolokäyttäytymisessä ja lääkäreiden sairauspoissaoloihin liittyvisä käytännöissä saattavat selittää tätä tulosta.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan verrata esimerkiksi Suomessa käytössä oleviin kansallisiin Käypä hoito -suosituksiin ja joissain muissa maissa, etenkin Ruotsissa, käytössä oleviin sairauspoissaolojen kestoa koskeviin suosituksiin.

4.1.1 Selkäsärky ja selän nikamavälilevyjen sairaudet

Selkäsäryssä yli 10 päivää kestäneet sairauspoissaolot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen keskimäärin kolmessa viikossa. Selän nikamavälilevyjen sairauksissa aikaa kului keskimäärin kuusi viikkoa. Selkäsäryssä 14 % :ssa ja selän nikamavälilevyjen sairauksissa 12 %:ssa sairauspoissaolojaksosta poissaolo uusiutui vähintään kerran saman syyn vuoksi vuoden aikana. Selkäsäryssä iäkkäämmillä ja fyysisesti kuormittavissa ammateissa toimivilla sairauspoissaolot uusiutuivat muita useammin.

Onnistuneeseen työhön paluuseen kulunutta aikaa pidensi myös sairauden pysyvyys (edeltäneet sairauspoissaolot, lääkeostot ja sairaalahoitajaksot).

Käypä hoito -suosituksissa (Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus, 2017) todetaan, että ”lyhytaikaisesta alaselkäkivusta toipuminen (mikäli ei ole kyse tapaturmasta tai vakavasta sairaudesta) vie yleensä joitain päiviä tai enintään viikkoja” ja potilaita kehotetaan pysymään aktiivisina. Suosituksen mukaan ”noin 60 %:lla potilaista kipu ja koettu haitta ovat merkittävästi lievittyneet kuukauden kuluttua selkävun alkamisesta, ja noin 80 % potilaista on palannut työhön.” Tämän kuntatyöntekijöitä koskevan tutkimuksen aineistossa ei ollut mukana lyhyitä, alle 10 päivää kestäneitä sairauspoissaoloja, mikä selittää sen, että keskimääräinen onnistuneeseen työhön paluuseen kulunut aika oli hieman pidempi (esimerkiksi naisilla 75 % sairauspoissaolojaksoista päättyi onnistuneeseen työhön paluuseen enintään 42 päivässä).

Aiempien tutkimusten mukaan selkäsärky uusiutuu noin neljäsosalla potilaista kolmen kuukauden kuluttua ja yli kahdella kolmasosalla potilaista vuoden kuluessa (Pengel ym. 2003). Tämän kuntatyöntekijöitä koskevan tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että selkäsäryn uusiutuessa suuri osa ihmisistä kuitenkin kykenee töihin kivusta huolimatta tai on pois töistä alle 10 päivää.

Ruotsissa käytössä olevassa kansallisessa sairauspoissaolojen kestoja koskevassa ohjeistuksessa (Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Akut lumbago, 2010. Lumbago-ischias, diskbråck, 2010) todetaan, että alaselkäsärkyssä työkyky on heikentynyt yleensä viikon tai pari. Selän nikamavälilevyjen sairauksissa ja iskiasvauriossa työkyky on heikentynyt noin kolme viikkoa, jos työ on fyysisesti kevyttä. Fyysisesti kuormittavassa työssä työkyvyn palautumiseen saattaa kulua kuusi viikkoa. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia; fyysisesti kuormittavassa työssä tarvittava sairausloma oli pidempi ja sairauspoissaolot uusiutuivat useammin kuin fyysisesti vähemmän kuormittavissa työtehtävissä.

4.1.2 Polven nivelrikko ja lonkan nivelrikko

Nivelrikkosairaudet ovat kroonisia ja eteneviä sairauksia. Hoidon tavoitteena on kivun hallinta ja lieventäminen sekä toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen. Käypä hoito -suosituksessa todetaan myös, että raskas fyysinen työ, painavien taakkojen nosteleminen ja kyykistelyä vaativa työ ovat polvi- ja lonkkanivelrikon vaaraa lisääviä tekijöitä. Tällaisissa työtehtävissä voidaan tarvita ammatillista uudelleen koulutusta tai muuta ammatillista kuntoutusta (Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus, 2014).



Ruotsin kansallisessa sairauspoissaolojen kestoja koskevassa ohjeistuksessa eritellään polven ja lonkan nivelrikossa suositeltavia sairauspoissaolojen kestoja eri tilanteissa (Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Knäartros, 2010. Höftartros, 2010). Lievissä oireissa ja fyysisesti kevyessä työssä sairauslomaa ei välttämättä tarvita, mutta fyysisesti raskaassa työssä tarvittava poissaolo työstä voi olla jopa kuusi viikkoa. Keskivaikeissa oireissa tarvittavan sairauspoissaolon kestoksi suositellaan työn fyysisestä vaativuudesta riippuen 3–12 viikkoa. Vaikeissa oireissa ohjeistetaan sairauspoissaolon pituudeksi jopa 12 viikkoa tai siihen saakka, kunnes potilas pääsee polvi- tai lonkkaleikkaukseen.

Käypä hoito -ohjeistuksen kanssa samansuuntaisesti tässä tutkimuksessa havaittiin, että polven ja lonkan nivelrikossa sairauspoissaolot olivat pitkiä ja fyysisesti kuormittavassa työssä sairauspoissaolot uusiutuivat useammin. Polven nivelrikon vuoksi yli 10 päivää kestäneet sairauspoissaolot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen keskimäärin kuukauden kuluessa. Lonkan nivelrikossa vastaava aika oli runsaat 2,5 kuukautta. Polven nivelrikossa 18 % ja lonkan nivelrikossa 16 % yli 10 päivää kestäneistä sairauspoissaaloista uusiutui vuoden kuluessa. Polven nivelrikossa myös muihin TULE-sairauksiin liittyneet aikaisemmat sairauspoissaolot ja muiden sairauksien samanaikainen esiintyminen olivat yhteydessä pidempään onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan. Näissä analyyseissa ei ollut käytettävissä tietoja nivelrikon mahdollisista leikkaushoidoista.

4.1.3 Masennus sekä neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt

Masennuksen vuoksi yli 10 päivää kestäneet sairauspoissaolot päättyivät onnistuneeseen työhön paluuseen keskimäärin kuudessa viikossa. Naiset palasivat työhön hieman miehiä nopeammin. Neuroottisissa ja stressiin liittyvissä häiriöissä vastaava aika oli keskimäärin 3,5 viikkoa. Näissä sairausryhmissä sairauspoissaolo uusiutui ensimmäisen vuoden aikana saman syyn vuoksi vastaavasti 17 %:ssa ja 10 %:ssa sairauspoissaolojaksoista. Alle 35-vuotiailla sekä johtajilla ja erityisasiantuntijoilla masennus uusiutui hieman harvemmin kuin muilla. Nuorilla myös neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt uusiutuivat pidemmällä tarkastelujaksolla harvemmin kuin iäkkäämmillä. Etenkin masennuksessa onnistuneeseen työhön paluuseen yhteydessä olevat tekijä erosivat naisilla ja miehillä. Tiivistäen voidaan sanoa, että korkeampi ikä ja sairauden pysyvyys (edeltäneet sairauspoissaolot, lääkeostot ja sairaalahoitojaksot) olivat yleensä yhteydessä pidempään onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneeseen aikaan näissä sairausryhmissä.

Käypä hoito -suosituksissa todetaan, että ”lievässä depressiossa sairauspoissaolo ei



yleensä ole tarpeen” ja ”jos sairauspoissaoloa tarvitaan, ensimmäisen poissaolon on usein tarpeen kestää 2–4 viikkoa. Joskus kuitenkin työkykyyn keskeisesti vaikuttavat oireet voivat lievittyä nopeamminkin.” (Depressio. Käypä hoito -suositus, 2016). Suosituksen mukaan ”keskivaikeassa masennuksessa jäljellä olevan toimintakyvyn riittävyys riippuu työn vaatimuksista ja mahdollisuuksista työssä jatkamista tukeviin työjärjestelyihin. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa jäljellä oleva toimintakyky ei yleensä riitä minkään työn vaatimuksiin.”

Ruotsissa käytössä olevassa ohjeistuksessa kehoitetaan välttämään sairauspoissaoloa lievässä, ensimmäistä kertaa ilmenevässä masennuksessa. Jos sairauspoissaolo on tarpeen, suositellaan ensisijaisesti osittaista sairauspoissaoloa aina kolmeen kuukauteen asti. Vaikeammissa oireissa voidaan tarvita sairauslomaa, joka kestää jopa kuusi kuukautta (Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Depressiv episod, 2017).

4.1.4 Rannekanavaoireyhtymä

Rannekanavaoireyhtymä on yksi yleisimmistä lyhytkestoista työkyvyttömyyttä aiheuttavista yläraajojen sairauksista. Etenkin työikäisten naisten joukossa vaiva on yleinen (Viikari-Juntura ym. 2007). Rannekanavaoireyhtymän ei-kirurgisen hoidon hyötyjen on arveltu olevan lyhytaikaisia ja leikkaushoitoa suositaan pitkäkestoisten ja voimakkaiden oireiden tai vaikeiden löydöksiä yhteydessä (Gimeno ym. 2005). Leikkaushoidon jälkeisestä työhön paluusta ei tiedetä riittävästi (Newington ym. 2015; Peters ym. 2016). Kuntatyöntekijöillä onnistuneeseen työhön paluuseen kulunut keskimääräinen aika rannekanavaleikkauksen jälkeen oli noin viisi viikkoa (Kausto ym. 2018). Aika oli pisin palvelu- ja hoitotyössä sekä fyysisesti kuormittavassa työssä ja lyhyin johtajilla ja erityisasiantuntijoilla. Tätä ammattiryhmäjaottelua käyttäen onnistuneeseen työhön paluuseen kulunut aika vaihteli ammatin mukaan selvästi vähemmän kuin esimerkiksi sairauspoissaolon kesto Isossa-Britanniassa käytössä olevassa suosituksessa. Siinä ohjeistetaan rannekanavaleikkauksen jälkeisen sairauspoissaolon pituudeksi johto- tai esimiestyössä 1–2 viikkoa, kevyessä suorittavassa työssä (esim. toimistotyö) 2–4 viikkoa, keskiraskaassa suorittavassa työssä (siivoustyö, hoitotyö) 4–6 viikkoa ja raskaassa fyysisessä työssä sekä suojelu- tai pelastustyössä 6–10 viikkoa (Newington ym. 2015). Ruotsissa käytössä olevassa ohjeistuksessa (Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Karpaltunnelsyndrom, 2010) asiantuntijat ovat pyrkineet huomioimaan käteen työssä kohdistuvan kuormituksen. Sen mukaan rannekanavaoireyhtymän leikkaushoidon jälkeen työkyky saattaa olla alentunut kättä kevyesti kuormittavassa työssä 3 viikkoa, keskiraskaassa työssä 4 viikkoa ja raskaas-



sa työssä jopa 2 kuukautta.

Kaikkiaan sairauspoissaolojen kestot rannekanavaleikkauksen jälkeen vaikuttivat hie-
man pitkiltä, ainakin kättä vähän kuormittavassa ja fyysisesti kevyissä työtehtävis-
sä. Polikliinisesti tehdyn rannekanavaleikkauksen jälkeen tarvittavaa sairauspoissa-
olon kestoja ohjaa pääosin kirurgisen haavan paraneminen. Tässä tutkimuksessa 87
%:ssa leikkauksista tutkittavat olivat leikkaukseen tullessaan todennäköisesti melko
työkuntoisia; eivät olleet välittömästi ennen leikkausta poissa työstä rannekanavaoi-
reyhtymän vuoksi yli 10 päivää. (Kausto ym. 2018).

Määräaikaisessa työsuhteessa olleet palasivat työhön vakituksia työntekijöitä no-
peammin. On huomattava, että määräaikaisten työntekijöiden lukumäärä oli tämän
tutkimuksen otoksessa pieni. Aikaisemmista tutkimustuloksista (Newington ym.
2015) poiketen työhön ja työympäristöön liittyvät psykososiaaliset tekijät ja tutkit-
tavan painoindeksi eivät olleet yhteydessä onnistuneeseen työhön paluuseen kulu-
neeseen aikaan. Sen sijaan aikaisempien tulosten kanssa yhteneväisesti leikkausta
edeltänyt yli kolmen kuukauden sairauspoissaolo oli yhteydessä siihen, että onnistu-
neeseen työhön paluuseen kulunut aika oli pidempi. (Kausto ym. 2018).

4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen vahvuutena on luotettavien kansallisista rekistereistä saatujen tietojen
yhdistäminen kyselytietoihin. Heikkoutena on se, että käytettävissä ei ollut tietoa esi-
merkiksi siitä, olivatko rannekanavaleikkauksen läpikäyneiden työntekijöiden työteh-
tävät kättä kuormittavia. Tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä kuntasektorin
ulkopuolelle, mutta tutkittavat edustavat laajasti eri ammattiryhmiä. Käytetty amat-
tiryhmäjaottelu on karkea, mutta antaa kuitenkin viitteitä työtehtävistä. Käytettävissä
ei myöskään ollut tietoja tutkittujen sairauksien vaikeusasteesta tai mahdollisista
ei-kirurgisista toimenpiteistä, esimerkiksi rannekanavaoireyhtymävaivaan liittyvästä
kätisydestä tai leikkausta edeltäneiden oireiden voimakkuudesta.

Tutkimuksessa ei ollut käytettävissä tietoa työn muokkausmahdollisuuksista tai työs-
sä selviämisestä työhön paluun jälkeen. Työtehtävien, työajan ja/tai paikan muokkaus
työkykyä vastaavaksi on osoittautunut keinoksi, jolla työhön paluuseen kuluva aikaa
voidaan lyhentää (Cullen ym. 2018). Esimerkiksi osasairauspäivärahan käyttö voi no-
peuttaa työhön paluuta (Viikari-Juntura ym. 2012; Kausto ym. 2014,). Tämänkin tut-
kimuksen tulosten mukaan työhön liittyvä (fyysinen) kuormitus oli yhteydessä siihen
missä ajassa työhön paluu onnistui.

4.3 Yhteenveto ja johtopäätökset

Suomessa sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arviointiin liittyvän ohjeistuksen mahdollisuutta pohtinut asiantuntijatyöryhmä päätyi ehdottamaan suosituksen laatimista lääkäreille (Oksanen ja työryhmä, 2016). Raportissa todetaan, että sairauspoissaolot ovat monimutkainen ja monitasoinen ilmiö. Niihin vaikuttavia tekijöitä on paljon liittyen työntekijään, sairauteen (sen kulkuun ja hoitoon), työhön, työpaikkaan, perheeseen, asuinalueeseen ja muuhun sosiaaliseen yhteisöön, sosiaaliturvajärjestelmään ja lääkäreiden sairauspoissaolojen kirjoittamisen käytäntöihin. Niinpä suosituksen mahdolliset hyödyt ja haitat ovat moninaiset. Työryhmä nosti hyödyiksi mm. sairauspoissaolakäytäntöjen yhdenmukaistumisen, potilaiden yhdenvertaisuuden lisääntymisen ja työterveyshuollon asiantuntijaroolin selkeytymisen ja vahvistumisen. Mahdollisina haittoina pidettiin mm. mekaanisen toimintatavan syntymistä (ei huomioida työntekijän ja työpaikan erityispiirteitä), sitä että usean samanaikaisen sairauden tilanteessa sairauskeskeinen lähestymistapa ei toimi sekä sitä, että päätöksenteon tueksi on olemassa puutteellisesti tutkimustietoa.

Ruotsissa on selvitetty siellä käytössä olevan sairauskohtaisen ohjeistuksen toimivuutta ja vaikutuksia. Skånér ym. (2011) tutkivat, missä määrin lääkärit olivat hyödyntäneet ohjeistusta ja kuinka hyödyllisenä he suosituksia pitivät, kun oli kulunut vuosi niiden julkaisemisesta. Kyselytutkimukseen vastasi vuonna 2008 61 % Ruotsissa työskentelevistä lääkäreistä. Valtaosa (76 %) vastaajista ilmoitti, että he käyttivät ohjeistusta vähintään muutaman kerran vuodessa. Heistä 65 % oli todennut sen hyödylliseksi potilastyössä, 44 % oli hyötynyt siitä yhteistyössään sosiaalivakuutuslaitoksen kanssa, 29 % yhteistyössään muun terveydenhuoltohenkilöstön kanssa ja 30 % koki ohjeet hyödyllisiksi tehdessään yhteistyötä työpaikkojen kanssa. Vastaajista noin kolmasosa koki, että ohjeistus oli auttanut heitä melko tai hyvin paljon kehittämään työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen keston arviointiin liittyvää kompetenssiaan ja parantanut hoidon laatua. Näin raportoivat etenkin erikoistumattomat lääkärit sekä lääkärit, jotka harvemmin arvioivat potilaan työkykyä ja sairauspoissaolon tarvetta.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA toteuttivat vuosina 2006-2008 Facultas toimintakyvyn arviointi-projektin (www.terkko.helsinki.fi/toimintakyvyn-arviointi). Tavoitteena oli yhtenäistää toimintakyvyn arviointiin liittyviä käytäntöjä ja lääkärinlausuntoja. Asiantuntijalääkärit valmistelivat hankkeessa toimintakyvyn arviointiin liittyvän ohjeistuksen koskien mielialahäiriöitä, alaselän ja niskan sairauksia sekä kroonista kipua. Hankkeen vaikuttavuutta selvittäneen laadullisen tutkimuksen (Lehmussola 2011) mukaan työeläkelaitoksiin saapuneiden

lääkärinlausuntojen laatu parani jonkin verran hankkeen aikana.

Ruotsissa julkaistussa väitöskirjassa (Strid 2013) puolestaan vertailtiin lääkärintodistusten laatua ennen kansallista ohjeistusta ja sen jälkeen. Tulokset osoittivat lääkärintodistusten laadun parantuneen ohjeistuksen jälkeen. Vuonna 2009 lääkärit huomioivat arvioissaan aikaisempaa jonkin verran paremmin potilaan tekemän työn laadun ja sairauden aiheuttamat toimintakyvyn rajoitukset. Lääkäreiden käytännöt ovat tutkimuksissa osoittautuneet siinä määrin vertailukelpoisiksi eri maiden välillä (Skånér ym. 2011), että nämä Ruotsista saadut aihetta koskevat tulokset ovat hyvin todennäköisesti yleistettävissä Suomeen.

Tämän tutkimuksen johtopäätökset voidaan tiivistää seuraavasti:

- Tulokset olivat pääpiirteittäin yhdenmukaisia nykyisten, lääketieteellisten asiantuntijoiden arvioihin perustuvien sairauskohtaisten sairauspoissaolojen tarvetta ja kestoja koskevien ohjeistuksien kanssa.
- Vaikka aihepiiri on tutkimuksellisesti haastava, sitä on mahdollista tarkastella empiirisesti. Analyyyseissa olisi syytä pyrkiä huomioimaan erilaisten työtehtävien vaatimukset ja esimerkiksi työn muokkausmahdollisuudet.
- Lisää kotimaista tutkimustietoa tarvitaan erityisesti sellaisista sairausryhmistä, jotka jäivät tämän tarkastelun ulkopuolelle ja muuta kuin kunta-alaa koskien.
- Niiltä osin, kun tutkimustietoa ei ole saatavissa, uusi sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointia koskeva ohjeistus voitaisiin pohjata pitkälti asiantuntija-arvioihin.

5 TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkittavien taustatietoja diagnoosiryhmän ja sukupuolen mukaan n(%).

Taulukko 2. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727).

Taulukko 3. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727).

Taulukko 4. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12721, puuttuva tieto n=6).

Taulukko 5. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727).

Taulukko 6. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n= 3239).

Taulukko 7. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3239).

Taulukko 8. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3233, puuttuva tieto n=6).

Taulukko 9. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=3239).

Taulukko 10. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Taulukko 11. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Taulukko 12. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Taulukko 13. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275).

Taulukko 14. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Taulukko 15. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Taulukko 16. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=973, puuttuva tieto n=4).

Taulukko 17. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Taulukko 18. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107).

Taulukko 19. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107).

Taulukko 20. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14101, puuttuva tieto n=6).

Taulukko 21. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107).

Taulukko 22. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) miehillä ja naisilla.



Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n= 11063).

Taulukko 23. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ikäryhmissä. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Taulukko 24. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri ammattiryhmissä. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11061, puuttuva tieto n=2).

Taulukko 25. Sairauspoissaolojen uusiutuminen (vähintään kerran samalla diagnoosilla) eri maantieteellisillä alueilla. Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

6 KUVAT

Kuva 1. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ikäryhmän mukaan. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727) ja selän nikamavälilevyjen sairaudet (n=3239).

Kuva 2. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ammatiryhmän mukaan. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727) ja selän nikamavälilevyjen sairaudet (n=3239).

Kuva 3. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosiryhmän ja alueen mukaan. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=12727) ja selän nikamavälilevyjen sairaudet (n=3239).

Kuva 4. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ikäryhmän mukaan. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275) ja lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Kuva 5. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ammatiryhmän mukaan. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275) ja lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Kuva 6. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ryhmän ja alueen mukaan. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=3275) ja lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=977).

Kuva 7. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ikäryhmän mukaan. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107) ja neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Kuva 8. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosi- ja ammatiryhmän mukaan. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107) ja neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Kuva 9. Sairauspoissaolajaksojen vakioimattomat mediaanikestot (95 % luottamusvälit) diagnoosiryhmän ja alueen mukaan. Masennus (ICD-10 F32–34) (n=14107) ja neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F40–43) (n=11063).

Kuva 10. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä. Miehet. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=2482), selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=825).

Kuva 11. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä. Naiset. Selkäsärky (ICD-10 M54) (n=10333), selän nikamavälilevyjen sairaudet (ICD-10 M51) (n=2442).

Kuva 12. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä rannekanavaoireyhtymän leikkaushoidon jälkeen, naiset ja miehet, (n= 714).

Kuva 13. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä. Miehet. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=752), lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n=282).

Kuva 14. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä. Naiset. Polven nivelrikko (ICD-10 M17) (n=2548), lonkan nivelrikko (ICD-10 M16) (n= 697).

Kuva 15. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä. Miehet. Masennus (ICD-10 F 32–34) (n=2217), neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F 40–43) (n=2482).

Kuva 16. Onnistuneeseen työhön paluuseen päättäneiden sairauspoissaolajaksojen kumulatiivinen kertymä. Naiset. Masennus (ICD-10 F 32–34) (n=11953), neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt (ICD-10 F 40–43) (n=9776).

LÄHTEET

Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 Saatavissa: www.kaypahoito.fi (viitattu 01.03.2018).

Alexanderson K, Kivimäki M, Ferrie JE, Westerlund H, Vahtera J, Singh-Manoux A, Mechior M, Zins M, Goldberg M, Head J. Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(2):155-9.

Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, van Mechelen W. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007;32(3):291-8; discussion 99-300.

Arrelöv BE, Borgquist L, Svärdsudd KF. Influence of local structural factors on physician's sick-listing practice: a population-based study. *Eur J Public Health* 2005;15(5):470-474.

Backhans M, Fredlund P, Lindholm C. Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjuk-skrivning, in Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. [The social and economic cosequences of sickness absence in High sickness absence – problems and solutions]. Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2005, p. 245–67.

Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn – legers vurderinger av sykmeldte (Work ability and gender - physicians' assessment of sick-listed patients) (in Norwegian). *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 1999;119:3737–40.

Bryngelson A. Long-term sickness absence and social exclusion. *Scand J Public Health* 2009;37(8):839–45.

Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U(5)(6), Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil* 2018;28(1):1-15.

de Boer WE, Mousavi SM, Delclos GL, Benavides FG, Lorente M, Kunz R. Expectation of sickness absence duration: a review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America. *Eur J Public Health* 2016;26(2):306–11.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 Saatavissa: www.kaypahoito.fi (viitattu 01.03.2018).

Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 2011;29(4):227-33.

Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):81-86.

Gimeno D, Amick BC 3rd, Habeck RV, Ossmann J, Katz JN. The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occup Environ Med* 2005;62(11):778-85.

Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health* 2004;14(4):398-405.

Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2013;70(4):252-60.

Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, Palomäki H, Pärnänen H, Vänskä J. Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen. Kyselytutkimus lääkäreille. Kela Työpapereita 96: Kela (Social Insurance Institution of Finland), 2016.

Hubertsson J, Englund M, Hallgårde U, Lidwall U, Löfvendahl S, Petersson IF. Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders--a study of doctor prescribed sick leave. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:176.

Kankaanpää A. Sick leave prescribing practices in Finland. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis D* 1132 2014.

Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3(4):322-55.

Kausto J, Pentti J, Oksanen T, Virta LJ, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. *Scand J Work Environ Health* 2017;43(4):358-66.

Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta LJ, Gould R, Koskinen A, Solovieva S. Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. *BMJ Open* 2014;4(12):e006685.

Kausto J, Virta LJ, Oksanen T. Työhönpaluu rankekanavaoireyhtymän leikkaushoidon jälkeen. Kuntatyöntekijöiden rekisteripohjainen seurantatutkimus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2018;134(1):71-8.

Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Pentti J, Elovainio M, Vahtera J. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(8):710–1.

Kivimäki M, Gimeno D, Ferrie JE, Batty GD, Oksanen T, Jokela M, Virtanen M, Salo P, Akbaraly TN, Elovainio M, Pentti J, Vahtera J. Socioeconomic position, psychosocial work environment and cerebrovascular disease among women: the Finnish public sector study. *Int J Epidemiol* 2009;38(5):1265–71.

Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Westerlund H, Vahtera J, Leclerc A, Melchior M, Chevalier A, Alexanderson K, Zins M, Goldberg M. Sickness absence as a prognostic marker for common chronic conditions: analysis of mortality in the GAZEL study. *Occup Environ Med* 2008;65(12):820–6.

Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ* 2000;320(7240):971–5.

Koopmans PC, Bültmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84(2):193–201.

Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ (Clinical research ed)* 2010;340:c1035.

Lehmussola T. Facultas toimintakyvyn arviointi-projektin vaikuttavuus. Vakuutustiede. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto 2011.

Lund T, Kivimäki M, Labriola M, Villadsen E, Christensen KB. Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med* 2008;65(1):28–31.

Newington L, Harris EC, Walker-Bone L. Carpal tunnel syndrome and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015;29(3):440–53.

Oksanen T ja työryhmä (2016). Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille: Ohjeistuksen laadinnan mahdollisuutta arvioivan työryhmän loppuraportti. Tietoa työstä. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavissa: [http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-261-666-1](http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-666-1) (pdf) (viitattu 01.03.2018).

Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327:323.

Peters S, Johnston V, Hines S, Ross M, Coppieters M. Prognostic factors for return-to-work following surgery for carpal tunnel syndrome: a systematic review. *JBHI Database System*

Rev Implement Rep 2016;14(9):135-216.

Polvi- ja lonkkanivelriikko. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Saatavissa: www.kaypahoito.fi (viitattu 01.03.2018).

Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil* 2010;20(1):113-21.

Roelen CA, Norder G, Koopmans PC, van Rhenen W, van der Klink JJ, Bültmann U. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil* 2012;22(3):409-17.

Shiels C, Gabbay M, Hillage J. Recurrence of sickness absence episodes certified by general practitioners in the UK. *Eur J Gen Pract* 2016;22(2):83-90.

Skånér Y, Nilsson GH, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Wilteus AL, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open* 2011;1(2):e000303

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Akut Lumbago, 2010. Saatavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/Sidor/default.aspx#> (viitattu 01.03.2018).

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Depressiv episod, 2017. Saatavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/Sidor/default.aspx#> (viitattu 01.03.2018).

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Höftartros, 2010. Saatavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/Sidor/default.aspx#> (viitattu 01.03.2018).

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Karpaltunnelsyndrom, 2010. Saatavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/Sidor/default.aspx#> (viitattu 01.03.2018).

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Knäartros, 2010. Saatavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/Sidor/default.aspx#> (viitattu 01.03.2018).

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Lumbago-ischias, diskbräck, 2010. Saatavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/Sidor/default.aspx#> (viitattu 01.03.2018).

Strid E. The sick leave process. Sick leave guidelines, sickness certificates, and experiences of professionals. Lindköping University Medical Dissertations No. 1354. Lindköping: Lindköping University 2013.

Tuomi, K., J. Ilmarinen ja A. Jahkola, Työkykyindeksi, 2. korj.p. 1997, Työterveyslaitos.

Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(4):321–6.

van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A; COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2:S169–91.

Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R, Kaila-Kangas L, Takala EP, Karppinen J, Miranda H, Luukkonen R, Martimo KP. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):134–43.

Viikari-Juntura E., Nykyri E., and T. EP. Distal upper extremity pain and syndromes, in *Musculoskeletal Disorders and Diseases in Finland*, L. Kaila-Kangas, Editor. 2007, National Public Health Institute: Helsinki.

Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, van Lommel AG, van der Feltz-Cornelis CM. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2015;17(5):e116.

Wikman A, Wiberg M, Marklund S, Alexanderson K. Activities and sources of income after a period of long-term sick leave--a population-based prospective cohort study. *BMC Public Health* 2012;12:745.

Sairauspoissaolojen pitkittyminen ja uusiutuminen aiheuttavat haittaa ja kustannuksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Oikea-aikainen työhön paluu on näin ollen tärkeää. Suomessa on pohdittu sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arviointiin liittyvän ohjeistuksen laatimista. Tämä tutkimus tuotti uutta sairausryhmäkohtaista tietoa sairauspoissaolojen kestosta, uusiutumisesta ja onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneesta ajasta vuosina 2005–2011 laajassa kuntatyöntekijöiden aineistossa. Tarkasteluun valittiin sairauspoissaolojen kannalta tärkeitä tuki- ja liikuntaelinten sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden sairausryhmistä sellaisia keskeisiä sairauksia, jotka olivat useimmiten kuntatyöntekijöiden sairauspoissaolojen taustalla. Tällaisia olivat esimerkiksi selkäsärky ja masennus.



Työsuojelurahasto
Arbetskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Työterveyslaitos
Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

PL 40, 00032 TYÖTERVEYSLAITOS

www.ttl.fi

ISBN "978-952-261-779-8" (nid.)
ISBN "978-952-261-778-1" (pdf)